LÆKNABLAÐIÐ • 12. tbl. 102. árg. • Desember 2016

Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



www.laeknabladid.is

12/2016

102. árgangur:529-580

2016; 102: 529-580

Gríptu í taumana á sykursýki af tegund 2

Meiri en 5 ára klínísk reynsla[1]

VICTOZA®

Victoza minnkar auk þess líkamsþyngd um allt að 3,7 kg[1]

Victoza sem viðbót við metformín lækkar HbA_{1c} um allt að 16 mmól/mól (1,5%)[1]



vistor

Sérlyfjatexti á bls. 576



Frá vinstri: David Parry frá RCP, Tómas Þór Ágústsson, Winnie Wade frá RCP, Gerður Gröndal, Kjartan Örvar, Inga Sif Ólafsdóttir, Brynja Ragnarsdóttir, Sigurbergur Kárason, Friðbjörn Sigurðsson, Guðjón Birgisson, Guðjón Kristjánsson og Óskar Einarsson.

Námskeið fyrir handleiðara í sérnámi lækna

Læknablaðið tók eftir því að mikil fundarhöld stóðu yfir í húsnæði Læknafélags Íslands alla síðustu viku októbermánaðar. Þar voru sérfræðilæknar frá hinum ýmsu sérgreinum lækninga komnir saman í þeim tilgangi að sækja námskeið frá Royal College of Physicians í Bretlandi fyrir handleiðara í sérnámi lækna. Blaðamaður *Læknablaðsins* náði tali af Friðbirni Sigurðssyni framhaldsmenntunarstjóra lyflækninga en eins og áður hefur komið fram í blaðinu hafa umtalsverðar breytingar átt sér stað varðandi framhaldsnámið í lyflækningum. Friðbjörn segir að sérgreinar lækninga séu því að endurskipuleggja framhaldsnám frá grunni. Sú vinna byggist að miklu leyti á sérstökum áhuga nokkurra einstaklinga. Ekki sé við því að búast að unnt sé að viðhalda framhaldsnámi sem stendur undir nafni á þeim forsendum. Því þurfi að efla alla umgjörð um framhaldsnámið og skapa því viðeigandi sess innan heilbrigðisþjónustunnar. Stórir áfangar hafi náðst og nefnir Friðbjörn í því samhengi opnun hermiseturs á Landspítala. Þá nefnir hann að mikilvægt sé að sérnám á Íslandi sé skipulagt á landsvísu og að það hafi reynst vel að Landspítali og Sjúkrahúsið á Akureyri standi sameiginlega að sérnáminu í lyflækningum.

Á Læknadögum, nánar tiltekið mánudaginn 16. janúar, verður sérstakt málþing um framhaldsnám í lækningum á Íslandi. Sama dag verður einnig málþing um símenntun lækna.

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS

Ólöf Björg Björnsdóttir (f. 1973) er búsett í Hafnarfriði þar sem hún ólst upp og hefur vinnustofu í verslunarkjarnanum Firði. Þar hefur hún reglulega opið hús og leyfir gestum og gangandi að sjá hvað hún er að fást við í listinni. Bakgrunnur hennar er í málverki, hún útskrifaðist frá málaradeild Listaháskóla Íslands árið 2001. Ólöf Björg dvaldi tímabundið við nám í Granada á Spáni og í Seoul í Suður-Kóreu og má í verkum hennar meðal annars greina áhrif asískrar blekmálunar sem hún lærði á sínum tíma. Þá hefur hún einnig lagt stund á nám í listkennslu og heimspeki. Þótt málverk og teikning séu uppistaðan í verkum Ólafar Bjargar hefur hún alla tíð teygt verk sín inn í rýmið og skapað lágmyndir með ýmsum aðskotahlutum í bland við tvívíð verk auk þess að setja fram innsetningar, jafnvel gjörninga. Stíll hennar er tjáningarríkur og frjálslegur og á margt skylt við expressjónisma hins svokallaða nýja málverks á 9. áratugnum, þegar listamenn blésu lífi í miðilinn með kraftmikilli tjáningu og hömluleysi þar sem allt var leyfilegt. Ólöf Björg blandar gjarnan saman efnum og aðferðum og notast stundum við hendurnar þegar hún þrykkir lit á strigann. Dæmi um slíka aðferð má sjá í málverkinu á forsíðu *Læknablaðsins* að þessu sinni. Verkið **Tengslasjálf** (2015) er 170 cm á kant, málað með akrýllit og Ólöf Björg leggur þráð með á strigann og blandar inn í litinn. Eins og oft í verkum hennar er manneskjan miðlæg og með pensilskrift, litanotkun og formum kallar hún fram tilfinningaríkt andrúmsloft. **Tengslasjálf** vann hún með fyrirsætu á vinnustofu sinni og hinn ungi maður er sýndur afslappaður og broshýr inni í iðu af handaförum í köldum litatónum sem eins og grípa í hann eða teygja sig frá honum og út fyrir rammann. Þau gefa til kynna nærveru málarans að baki verkinu og skapa sérstaka spennu. Verkið er dæmigert fyrir andstæður sem Ólöf Björg leikur sér gjarnan með þar sem hún blandar saman agaðri línuteikningu og frjálsum og flæðandi litastrokum.



Markús Þór Andrésson

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

www.laeknabladid.is

Hlíðasmára 8
201 Kópavogi
sími 564 4104

Útgefandi
Læknafélag Íslands
Læknafélag Reykjavíkur

Ritstjórn
Engilbert Sigurðsson,
ritstjóri og ábyrgðarmaður
Gerður Gröndal
Hannes Hrafnkelsson
Magnús Gottfreðsson
Sigurbergur Kárason
Tómas Guðbjartsson
Þórdís Jóna Hrafnkelsdóttir

Tölfræðilegur ráðgjafi
Thor Aspelund

Ritstjórnarfulltrúi
Védís Skarphéðinsdóttir
vedis@lis.is

Blaðamaður og ljósmyndari
Hávar Sigurjónsson

Auglýsingastjóri og ritari
Esther Ingólfsdóttir
esther@lis.is

Umbrot
Sævar Guðbjörnsson
saevar@lis.is

Upplag
1800

Prentun, bókband og pökkun
Prenttækni ehf.
Vesturvör 11
200 Kópavogi

Áskrift
12.900,- m. vsk.
Lausasala
1290,- m. vsk.

© Læknablaðið
Læknablaðið áskilur sér rétt til að birta og geyma efni blaðsins á rafrænu formi, svo sem á netinu. Blað þetta má eigi afrita með neinum hætti, hvorki að hluta né í heild, án leyfis.

Fræðigreinar Læknablaðsins eru skráðar (höfundar, greinarheiti og útdrættir) í eftirtalda gagnagrunna: Medline (National Library of Medicine), Science Citation Index (SciSearch), Journal Citation Reports/Science Edition, Scopus og Hirsluna, gagnagrunn Landspítala.

The scientific contents of the Icelandic Medical Journal are indexed and abstracted in Medline (National Library of Medicine), Science Citation Index (SciSearch), Journal Citation Reports/Science Edition and Scopus.

ISSN: 0023-7213

12. tölublað, 102. árgangur, 2016

LEIÐARAR



535

Engilbert Sigurðsson

Kaflaskil

Formenn LÍ og LR hafa valið nýjan ritstjóra og ábyrgðarmann og var tillaga þeirra um Magnús Gottfreðsson samþykkt á fundi stjórnar LÍ hinn 7. nóvember síðastliðinn.



537

Magnús Karl Magnússon

Læknaskóli í 140 ár

16. desember næstkomandi verður þessara tímamóta minnst með málþingi og móttöku í Háskóla Íslands og eru læknar, starfsmenn deildarinnar og aðrir velunnarar hvattir til að mæta.

FRÆÐIGREINAR

538

Hörður Már Kolbeinsson, Hildur Harðardóttir, Guðjón Birgisson, Páll Helgi Möller

Gallsteinasjúkdómar hjá þunguðum konum á Landspítala 1990-2010

Áhrif hormóna á meðgöngu valda því að gallsteinar eru algengari meðal þungaðra kvenna en annarra kvenna. Prógesterón dregur úr hreyfingum gallblöðru og estrógen eykur kólesterólmagn í galli. Saman auka þau líkurnar á myndun gallsteina. Talið er að allt að 12% þungaðra kvenna hafi gallsteina hverju sinni og að um 0,8% þeirra geti þurft að leggjast inn á spítala vegna gallsteinasjúkdóms.

545

Helga Björk Brynjarsdóttir , Inga Hlíf Melvinsdóttir, Tómas Guðbjartsson, Arnar Geirsson

Árangur aðgerða við ósæðargúlp í rishluta ósæðar á Íslandi 2000-2014

Ósæðargúlpur í brjóstholshluta ósæðar (*thoracic aortic aneurysm*) er tiltölulega sjaldgæfur sjúkdómur þar sem þvermál ósæðar er aukið um að minnsta kosti 50% miðað við eðlilega vídd ósæðar. Nýgengi samkvæmt erlendum rannsóknum er talið vera á bilinu 6-10 tilfelli/100.000/ári. Sú staðreynd að flestir sjúklingar eru einkennalausir gerir nákvæmt mat á nýgengi erfiðara.

551

Árni Örnólfsson, Einar Hjaltested, Ólöf Birna Margrétardóttir, Hannes Petersen

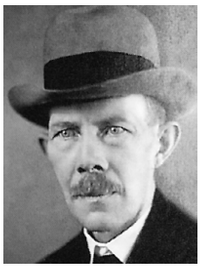
Svimi á bráðamóttöku – vantar á okkur klíníska nefið?

Alls var 171 tilfelli skráð með svima sem aðalkvörtun á fjögurra mánaða tímabili. Þetta er um það bil 4% af öllum komum á slysa- og bráðadeild á tímabilinu. Í tveimur tilfellum var ástæða komu ranglega skráð og í 6 tilfellum fundust engar læknanótur í Sögukerfi vegna komunnar og eru þessi 8 tilfelli ekki tekin með í útreikningum. Niðurstöður byggjast því á 163 komum á slysa- og bráðadeild.
Konur voru í meirihluta, 102 tilfelli (63%). Meðalaldur kvenna var 54 (± 20) ár og meðalaldur karla var 50 (± 21) ár.

Læknadagar í Hörpu
16. janúar til 20. janúar

UMFJÖLLUN OG GREINAR

558



Frumkvöðull á sviði skipulagsmála og lýðheilsu

Endurútgáfa á riti Guðmundar Hannessonar um skipulagsmál

Hávar Sigurjónsson



Læknablaðið ræddi við Ásdísi Hlökk Theodórsdóttur skipulagsstjóra sem ritstýrði útgáfunni og Pétur Ármannsson arkitekt.

562



Ótvíræð þörf fyrir fræðslu

segir Steinn Halldórsson formaður geðfræðslufélagsins Hugrúnar

Hávar Sigurjónsson

Hugrún er byggð á sömu hugmyndafræði og kynfræðslufélagið Ástráður sem læknanemar hafa starfrækt um nokkurra ára skeið

564



Ekki eitt, ekki tvennt, heldur þrennt

Erna Sif Óskarsdóttir er ein af þessum konum sem virðast geta allt

Hávar Sigurjónsson

Á árlegu þingi samtaka evrópskra lyflækna vann Erna Sif læknanemi sjötta-árs-nemi fyrstu verðlaun fyrir besta ágrip á veggspjaldi.

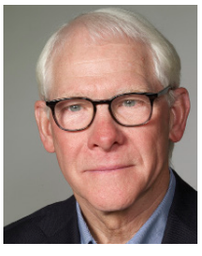
566



Bréf til Læknablaðsins.

Leit að blóði í hægðum eða ristilspeglun?

Ásgeir Theodórs, Tryggvi Stefánsson



Leit að blóði í hægðum er dýr aðferð sem mun skapa mikið óöryggi hjá þátttakendum. Ristilspeglunarskimun er forvarnaraðgerð og árangursríkari skimunaraðferð sem gefur skýr svör og veitir þátttakendum meira öryggi.

572



Heilsuvá lækna

Haraldur Erlendsson, Benedikt Óskar Sveinsson



Undanfarin ár höfum við félagarnir fjallað nokkuð um líðan og heilsu lækna og erum í hópi sem Læknafélagið skipaði árið 2014 til að kanna stöðu þessara mála

570



Saga, menning og siðir ráða viðbrögðunum

Um ebólufaraldurinn í Afríku

Hávar Sigurjónsson

Ibrahime félagsmannfræðingur frá Senegal lýsir aðstæðum þar í viðtali við *Læknablaðið*



574

Valda rakaskemmdir í húsnæði sjúkdómum?

Málþing á Læknadögum 2017

María I. Gunnbjörnsdóttir, Unnur Steina Björnsdóttir, Kristín Sigurðardóttir, Dóra Lúðvíksdóttir, Sigríður Ólína Haraldsdóttir,

Skjólstæðingar lækna spyrja núorðið oft um það hvort ýmisleg sjúkdómseinkenni séu vegna rakaskemmda heima fyrir, í skóla eða á vinnustað.

PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ

557



Orri Þór Ormarsson

McKinsey skýrslan

LÖGFRÆÐI 20.PISTILL

568



Réttur sjúkratryggðra til heilbrigðisþjónustu í útlöndum

Dögg Pálsdóttir

LYFJASPURNINGIN





569

Líffæraþegi með bólgusjúkdóm í meltingarvegi – bæta TNF-alfa hemli við ónæmisbælandi meðferð?

Elín I. Jacobsen, Einar S. Björnsson

Fertugur karlmaður með ígrætt nýra og í eftirliti vegna gruns um Crohns-sjúkdóm lagðist inn á sjúkrahús vegna versnandi sjúkdómseinkenna.

578

Læknadagar 2017 í Hörpu – dagskráin í heild sinni

PRALUENT®:
Ný kólesteróllækkandi meðferð

PRALUENT 75 mg

PRALUENT 150 mg



Praluent®
alirokumab

Sérlyfjatexti á bls. 575

A new chapter

Engilbert Sigurðsson
Professor of Psychiatry and Consultant Psychiatrist, University of Iceland and Landspitali – The National University Hospital, Editor-in-Chief, *The Icelandic Medical Journal*
https://doi.org/10.17992/lbl.2016.12.108



Engilbert Sigurðsson

prófessor og yfirlæknir við geðsvið Landspítala, fráfarandi ritstjóri og ábyrgðarmaður *Læknablaðsins*

engilbs@landspitali.is

RITSTJÓRNARGREIN

Kaflaskil

Við lifum á tímum örra breytinga. Jafnrétti og þekking færast þó ekki endilega fram á við eins og við höfum orðið vitni að í nýafstöðnum kosningum í Bandaríkjunum. Þegnar Bandaríkjanna hafa raunar búið við meiri ójöfnuð á ýmsum sviðum samfélagsins síðustu áratugi en íbúar ríkja Norður-Evrópu og svo er að sjá sem gjá hafi myndast þar milli íbúa í dreifbýli og íbúa í stórborgum. Stjórnvöldum vestra virðist hafa gengið illa að hlúa að þeirri trú að jöfn tækifæri bíði allra þegna á lífsgöngunni, óháð kynþætti og trú, og að þau starfi í þágu samfélagsins. Þar hafa nágrannar þeirra í Kanada og Norðurlöndin staðið sig betur.

Við Íslendingar vöknuðum flest við vondan draum að morgni 10. nóvember. Mörg okkar héldu raunar að okkur hlyti að vera að dreyma. Bandaríkjamenn höfðu kosið Donald Trump sem forseta, mann sem afneitar loftslagsbreytingum, virðir ekki helming mannkyns, grefur undan mikilvægi bólusetninga, þyrlar upp hatri í garð innflytjenda og minnihlutahópa og telur sjálfan sig að auki hafinn yfir lög og reglur. Orð slíkra loddara eru þó léttvæg, tilgangurinn helgar meðalið, og ferill þeirra lýsir best fyrir hvað þeir standa í raun. Allt er falt og svart er hvítt ef það hentar til að réttlæta viðskipti sem skila skammtímahagnaði. Hans bíður mikið verkefni og vandséð er að hann sé vandanum vaxinn. Dagana eftir kjörið dró Trump þó strax í land með sumar yfirlýsingar sínar, en þær tryggðu honum engu að síður mikla og ókeypis auglýsingu í fjölmiðlum vestra í kosningabaráttunni. Við slíkri þróun fjölmiðla, þar sem fjöldi innlita á netmiðlum trompa innihald og upplýsta umræðu, eigum við eins og aðrar þjóðir ekkert annað svar en styðja enn frekar rannsóknir, öflugt menntakerfi og fræðslu almennings ef það er markmiðið að íbúar hafi jöfn tækifæri og menntunarstig þjóða sé aukið. Því er það forgangsmál að efla menntun ekki síður en heilbrigðisþjónustu hér á landi á næstu árum. Þar hallar mest á háskólastigið í samanburði við önnur lönd.[1] Hagsmunir heilbrigðisþjónustu og heilbrigðisvísinda eru samofnir og þræðirnir eru víða farnir að trosna.

Læknablaðið fagnaði 100 ára afmæli sínu 15. janúar 2015. Hundraðasti árgangur blaðsins var helgaður afmælinu. Blaðið hefur á síðustu árum endurskoðað leiðbeiningar fyrir höfunda, látið skanna inn alla eldri árganga á Þjóðarbókhlöðunni og vista á timarit.is og tekið upp alþjóðlegt rafrænt skráningarnúmer, DOI (*digital object identifier*), fyrir fræðigreinar og leiðara. Læknafélag Íslands færði okkur að gjöf ScholarOne ritstýringarforritið á 100 ára afmælinu. Blaðið er fjármagnað með auglýsingum og framlagi lækna og nemur framlagið nú 13,5% af árgjaldi hvers læknis til LÍ. Ritstjórn fundar einu sinni í mánuði með ritstjórnarfulltrúa og fer yfir stöðu þeirra fræðigreina sem liggja fyrir, velur efni til umfjöllunar með blaðamanni og ræðir hugmyndir að leiðurum. Tveir leiðarar og þrjár fræðigreinar birtast að jafnaði í hverju tölublaði auk viðtala og aðsends efnis. Daglegur rekstur er í höndum ritstjórnarfulltrúa og er það fullt starf. Védís Skarphéðinsdóttir hefur sinnt því með sóma um árabil og ávallt viljað veg blaðsins sem mestan þau ár sem ég hef setið í ritstjórn. Aðrir starfsmenn blaðsins eru í hlutastarfi. Þeir eru Hávar Sigurjónsson blaðamaður, Sævar Guðbjörnsson sem annast umbrot og Sigdís Þóra Sigþórsdóttir auglýsingastjóri og ritari. Útgáfustjórn *Læknablaðsins* er á hverjum tíma skipuð ritstjóra, formanni LÍ og formanni LR. Núverandi útgáfustjórn hefur verið blaðinu góður bakhjarl og fáir raunar skynjað betur mikilvægi þess fyrir íslenska lækna í gegnum árin en Þorbjörn Jónsson núverandi formaður LÍ.

Að mínu mati er rétt að skipta um ritstjóra á fjögurra til 6 ára fresti. Það hefur verið afar ánægjulegt að vera ritstjóri og ábyrgðarmaður *Læknablaðsins* síðastliðin 6 ár og hafa nú setið í 11 ár alls í ritstjórn. Ánægjan felst í því að geta haft áhrif á þekkingu lækna og almennings og stuðlað að upplýstri umræðu um heilbrigðismál hér á landi. Læknanemar á 4. til 6. námsári fá blaðið sent auk lækna og þar stíga margir sín fyrstu skref við ritun fræðigreina. Alþingismenn fá blaðið einnig á Alþingi og fjölmiðlar fylgjast jafnan vel með efni þess.

Ritstjórnin hefur verið skipuð 6 til 8 læknum úr ýmsum sérgreinum á síðasta áratug. Allir þessir læknar hafa sinnt hlutverki sínu af áhuga og virðingu og þakka ég þeim samstarfið og framlag þeirra til þekkingarsköpunar og umræðu um læknisfræði og heilbrigðisþjónustu á Íslandi. Einnig þakka ég ritrýnum ómetanlegt framlag til blaðsins en án ritrýni er ekki hægt að gefa út fræðitímarit. Auk mín hverfur Tómas Guðbjartsson nú úr ritstjórn eftir hartnær 11 ára setu. Hann hefur á þeim tíma birt fleiri fræðigreinar í blaðinu en nokkur annar höfundur og mun vonandi ekki láta deigan síga á næstu árum fremur en hingað til. Formenn LÍ og LR hafa valið nýjan ritstjóra og ábyrgðarmann og var tillaga þeirra um Magnús Gottfreðsson samþykkt á fundi stjórnar LÍ hinn 7. nóvember síðastliðinn. Ég þakka Védísi Skarphéðinsdóttur og öðrum starfsmönnum blaðsins samstarfið í gegnum árin og óska þeim, nýjum ritstjóra og *Læknablaðinu* farsældar á komandi árum.

1. Benediktsson JB. Fjármögnun Háskóla Íslands. Læknablaðið 2016; 102: 479.



Hætt að reykja: Bentu sjúklingum þínum á árangur meðferðar með CHAMPIX®

- Marktækt betri árangur við að hætta að reykja en með notkun búprópíons, nikótínplástra (21 mg) eða lyfleysu í vikum 9–12 og vikum 9–24[1]
- Ekki marktækt aukin áhætta á taugageðrænum aukaverkunum* samanborið við notkun lyfleysu við að hætta að reykja, óháð sögu um geðraskanir[1]
- Hjálpar til við að hætta að reykja með því að hindra verkun nikótíns og draga úr þörf fyrir reykingar[2,3,4]
- Þolist vel og hentar flestum fullorðnum reykingamönnum sem vilja hætta að reykja[1,2]

Fylgstu með reynslu sjúklinga þinna, svo þú sjáir árangurinn

Nikótínlaus leið til að hætta að reykja †

Ábending: Notað hjá fullorðnum til að hætta reykingum[5].

Upplýsingar um CHAMPIX (vareniclin) er að finna í kaflanum.

Sérlyfjatexti á bls. 577

1. Aubin H-J, et al. Lancet (UK). 11 apr 2015;[illegible] Epub 2015 Feb 24. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61768-6. Varenicline versus bupropion sustained-release and nicotine patch for smoking cessation (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled, non-inferiority trial.
2. Cahill K, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2016;5:CD009329. doi: 10.1002/14651858.CD009329.pub3. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation.

† Á markaðnum eru einnig aðrar nikótínlausar leiðir til að hætta að reykja, svo sem lyfleysa, nikótínplástrar, búprópíon, nikótínlyf til innöndunar, nikótíntyggigúmmí, nikótíntöflur, nikótínúðalyf, rafrettur og [illegible]

Medical education in Iceland, 140th anniversary

Magnus K. Magnusson, MD.
Professor and Dean. Faculty of Medicine, University of Iceland
https://doi.org/10.17992/lbl.2016.12.109



Magnús Karl Magnússon

prófessor og forseti
læknadeildar Háskóla Íslands

magnuskm@hi.is

RITSTJÓRNARGREIN

Læknaskóli í 140 ár

Upp úr miðri 19. öld var heilbrigðisþjónusta í okkar fátæka og afskekkta landi með nokkuð öðrum brag en nú þekkist. Læknaskortur var mikill. Þrátt fyrir að fyrsti íslenski landlæknirinn, Bjarni Pálsson, skipaður 1760, hefði með miklum dugnaði menntað íslenska lækna samhliða öðrum störfum var ástandið tæpri öld síðar þannig að enginn stundaði læknanám á Íslandi og fáir Íslendingar lögðu land undir fót til að nema læknisfræði og enn færri sneru heim með gráðu í farteskinu. Þannig segir Vilmundur Jónsson í formála *Læknatalsins* hins fyrsta að þrátt fyrir að „stjórnvöldin ívilnuðu að ýmsu leyti Íslendingum er leggja vildu stund á læknanám ytra, varð eftirtekjan ekki meiri en svo að einir 12 luku læknaprófi í Kaupmannahöfn fyrstu sex áratugi aldarinnar, og af þeim ílentust fjórir ytra“.[1] Nýendurreistu Alþingi var ljóst að ekki yrði gerð bragarbót á þessum mikla læknaskorti nema með endurreisn læknakennslu innanlands. Jón Thorstensen þáverandi landlæknir sýndi innlendri læknakennslu lítinn áhuga. Það urðu þó straumhvörf þegar Jón Hjaltalín (1807-1882) tók við embætti landlæknis árið 1855. Hann beitti sér fyrir því að Alþingi samþykkti bænaskrá til konungs um stofnun læknaskóla á Íslandi. Þegar þeirri beiðni var hafnað gafst Jón Hjaltalín ekki upp og sótti fast að taka upp eldri sið og fá leyfi til þess að landlæknir mætti mennta unga sveina til læknaprófs. Árið 1862 fékkst leyfi konungs og hófst þá uppbygging læknanáms með fjölbreyttu og metnaðarfullu námi, þar sem kennd voru meðal annars líkskurðarfræði (anatomie), lífseðlisfræði, sjúkdómafræði, handlæknisfræði, yfirsetukvennafræði, chemie, heilbrigðisfræði, meðalaverkunarfræði og fleiri greinar. Þetta metnaðarfulla starf Jóns Hjaltalíns sýndi fram á getu Íslendinga til að mennta lækna og á næsta hálfa öðrum áratug lögðu 13 ungir menn stund á nám og útskrifuðust sem kandídatar. Með þessu varð gerbreyting á stöðu mála miðað við hina fyrstu 6 áratugi aldarinnar.[1]

Í ljósi þessa brautryðjendastarfs Jóns landlæknis Hjaltalín var konungi ekki lengur stætt á að neita kröfum Íslendinga um stofnun Læknaskóla. Árið 1876 var Læknaskóli Reykjavíkur því stofnaður með konungsbréfi. Nú eru því 140 ár liðin frá stofnun læknaskóla á Íslandi og eru fáar stofnanir sem hafa blómstrað jafnlengi í okkar samfélagi og gefið af sér jafn ríkulegan ávöxt. Í upphafi voru ráðnir þrír kennarar. Auk Jóns, sem veitti skólanum forstöðu, voru ráðnir Jónas Þ. Jónassen (1840-1910) og Tómas Hallgrímsson (1842-1893). Fyrstu árin var skólinn rekinn í Sjúkrahúsi Reykjavíkur við enda Aðalstrætis en flutti síðar í Þingholtin (í hús er nú kallast Farsóttarhúsið).[2] Metnaður var mikill en stundum var erfitt að fá þann efnivið er til þurfti. Þannig var ávallt skortur á líkum til líkskurðarkennslu og er fræg sagan af Þórði malakoff Árnasyni, þekktum brennivínsberserk í borginni sem seldi lík sitt Læknaskólanum með fyrirframgreiðslu og tóðri svo árum saman læknanemum og kennurum skólans til nokkurs ama. Er Þórður malakoff loks dó árið 1897 var umtalað að læknanemar hafi tekið svo „sleitilega og frómlega“ til verks að dómkirkjuprestur hafi flutt líkræðu yfir nánast tómri kistunni.[3] Á þeim 35 árum sem Læknaskólinn starfaði jókst kennarafjöldinn úr þremur í 8 og alls útskrifuðust 62 kandídatar frá skólanum.[2] Læknaskóli Reykjavíkur var síðan ein grunnstoð í stofnun Háskóla Íslands árið 1911 og hófst þá nýr kafli í læknanámi á Íslandi.

Á þeim 140 árum sem liðin eru frá upphafi læknanáms á Íslandi hefur mikið breyst. Á þessu afmælisári læknanáms er að hefjast heildarendurskoðun á læknanámi til að bregðast við auknum kröfum um gæði náms og til að undirbúa nýja kynslóð lækna fyrir þær fjölmörgu áskoranir sem við okkur blasa. Í nýlegri sjálfmatsskýrslu deildarinnar voru greind þau atriði í náminu sem bæta má en jafnframt komu í ljós atriði sem læknadeild getur verið stolt af. Vel yfir 90% nemenda eru í heildina ánægðir með nám sitt. Íslenskir læknar eiga greiða leið í sérnám til bestu sjúkrahúsa austan hafs og vestan. Nemar okkar taka bandarískt stöðupróf í lok náms (Comprehensive Clinical Science Examination - CCSE) og ná frábærum árangri, skora að meðaltali 80-82 stig en meðaltal bandarískra læknanema á lokaári síns náms er 75 stig. Fjölbreytni kennarahópsins er mikil, læknar og aðrir vísindamenn deildarinnar hafa menntað sig við bestu stofnanir beggja vegna Atlantsála. Getur því deildin verið gífurlega stolt af sínum nemum og kennurum. Endurskoðun á læknanámi mun leitast við að tengja enn betur saman grunnnám og klínískt nám, auka verulega á fjölbreytni kennsluaðferða, auka möguleika á rannsóknarnámi, svo sem samtengdu lækna- og doktorsnámi. Einnig verður hugað að því að mennta enn frekar þá lækna sem samfélagið þarfnast, svo sem með aukinni áherslu á heilsugæslu, persónumiðaða læknisfræði (*personalized* eða *precision medicine*) og heilsu aldraða.

Í nútímasamfélagi gegna háskólar lykilhlutverki við menntun, vísindi og nýsköpun. Um leið eru þeir undirstaða framfara. Í samfélaginu er rík og sívaxandi krafa um öfluga háskóla. Læknadeild Háskóla Íslands tekur þetta fjölþætta hlutverk sitt mjög alvarlega. Á þessum tímamótum í læknanámi á Íslandi væri engin betri afmælisgjöf en að stjórnvöld vöknuðu úr dvala og svöruðu ákalli háskólayfirvalda og samfélags um stóraukin fjárframlög til að tryggja komandi kynslóðum gæðamenntun sem mun tryggja heilsu, hamingju og hagsæld til framtíðar.

16. desember næstkomandi verður þessara tímamóta minnst með málþingi og móttöku í Háskóla Íslands og eru læknar, starfsmenn deildarinnar og aðrir velunnarar hvattir til að mæta.

Heimildir

1. Jónsson V. Læknar á Íslandi (Inngangur) (önnur útgáfa). Læknafélag Íslands/Ísafoldarprentsmiðja, Reykjavík 1952.
2. Ásmundsson P. Síðustu kennarar Læknaskólans í Reykjavík. Læknablaðið 2015; 101: 281-2.
3. Friðriksson G. Þórður malakoff. Lesbók Morgunblaðsins 1992 (11. apríl) 15. tölublað.

Gallsteinasjúkdómar hjá þunguðum konum á Landspítala 1990-2010

Hörður Már Kolbeinsson læknir[1], **Hildur Harðardóttir** læknir[1,2], **Guðjón Birgisson**[1,3], **Páll Helgi Möller** læknir[1,3]

ÁGRIP

Inngangur: Gallblöðrutaka um kviðsjá er talin örugg aðgerð á meðgöngu, óháð meðgöngulengd. Ekki er vitað hver kjörmeðferð er við gallsteinasjúkdómum hjá þunguðum konum. Talið hefur verið að meðferð án aðgerðar skili bestum árangri á fyrsta og þriðja þriðjungi meðgöngu en skurðmeðferð sé öruggust á öðrum þriðjungi. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna tíðni, orsakir, greiningu og árangur gallblöðrutöku hjá þunguðum konum á Landspítala á tímabilinu 1990-2010.

Efniviður og aðferðir: Rannsóknin var afturskyggn og tók til allra kvenna er lögðust inn á Landspítala með gallsteinasjúkdóm meðan á þungun stóð og allt að 6 vikum eftir fæðingu. Skráðar voru meðal annars upplýsingar um aldur, einkenni, vefjagreiningu og þyngdarstuðul ásamt ASA-flokkun og fylgikvillum aðgerða hjá þeim konum sem gengust undir gallblöðrutöku á tímabili rannsóknarinnar.

Niðurstöður: Á rannsóknartímabilinu voru 77 konur lagðar inn með gallsteinasjúkdóma í samtals 139 innlögnum og nýgengi því 0,09%. Gallsteinagreiningar voru gallkveisa (n=59), brisbólga (n=1), gallgangasteinar (n=10) og bráð gallblöðrubólga (n=7). Algengasta ástæða innlagnar var verkur í efri hægri fjórðungi kviðar (n=63). Fylgikvillar gallsteinasjúkdóma tengdir meðgöngu voru fyrirburafæðingar (n=2). Fimmtán konur gengust undir aðgerð á meðgöngu og 17 á 6 vikna tímabili eftir fæðingu en fylgikvillar aðgerða voru helst steinar í gallgangi (n=2). Meðal þyngdarstuðull sjúklinga var 31,1 og algengasta ASA-flokkun var 1 (bil: 1-3). Flest vefjasvör sýndu langvinna bólgu (n=24) og bráða bólgu (n=5) í gallblöðru.

Ályktun: Gallsteinasjúkdómar þungaðra kvenna eru fátíðir, hafa í för með sér endurteknar innlagnir en tíðni fylgikvilla er lág. Gallblöðrutaka með kviðsjá hjá þunguðum konum á Landspítala er örugg aðgerð, sem er í samræmi við erlendar niðurstöður.

Inngangur

Áhrif hormóna á meðgöngu valda því að gallsteinar eru algengari meðal þungaðra kvenna en annarra kvenna. Prógesterón dregur úr hreyfingum gallblöðru og estrógen eykur kólesterólmagn í galli. Saman auka þau líkurnar á myndun gallsteina.[1] Talið er að allt að 12% þungaðra kvenna hafi gallsteina hverju sinni og að um 0,8% þeirra geti þurft að leggjast inn á spítala vegna gallsteinasjúkdóms.[2-4] Alvarlegir gallsteinasjúkdómar hjá þunguðum konum á borð við bráða gallblöðrubólgu, gallgangabólgu (*cholangitis*) og gallsteina-brisbólgu eru hins vegar sjaldgæfir með tíðni á bilinu 0,01-0,05%.[5] Gallblöðrutaka ásamt botnlangatöku eru algengustu skurðaðgerðirnar sem framkvæmdar eru á þunguðum konum, ótengdar meðgöngu (*non-obstetrical operations*).[6] Kjörmeðferð við gallsteinasjúkdómum í þessum sjúklingahópi hefur ekki verið vel skilgreind og lengst af hefur verið mælt með íhaldssamri meðferð. Með íhaldssamri meðferð hefur hugsunin verið að draga úr tíðni fósturláta og fyrirburafæðinga sem talin voru fylgja opinni aðgerð.[7] Ókostir þeirrar meðferðar er hins vegar aukin tíðni sjúkdómsendurkomu sem er algengari því fyrr sem konur greinast á meðgöngu.[4,8-12] Þá hafa rannsóknir sýnt yfir 20% tíðni bráðrar gallblöðrubólgu eða brisbólgu hjá þeim konum sem greinast upphaflega með gallkveisu (*biliary colic*) og aukna tíðni fósturláta og fyrirburafæðinga hjá þeim sem meðhöndlaðar eru án skurðaðgerðar.[4,13,14]

Gallblöðrutaka um kviðsjá er talin örugg aðgerð á meðgöngu en samkvæmt leiðbeiningum Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES) frá 2011 er mælt með að þungaðar konur sem greinast með gallsteinasjúkdóma á meðgöngu séu teknar til aðgerðar, óháð meðgöngulengd.[4,15]

Á Íslandi hefur ekki áður verið gerð samantekt á afdrifum þeirra kvenna sem greinst hafa með gallsteinasjúkdóm á meðgöngu. Tilgangur rannsóknarinnar var því að kanna einkenni, greiningu, meðferð og afdrif þeirra kvenna sem greindust með gallsteina á meðgöngu á Landspítala.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin var afturskyggn og náði yfir tímabilið 1. janúar 1999 til 31. desember 2010. Bornar voru saman Fæðingarskrá (landskrá fæðinga) og greiningarnúmer fyrir gallsteinasjúkdóma (K80-K85) samkvæmt greiningakerfi Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar (International Classification of Diseases, ICD) og þær konur fundnar sem greindar voru með gallsteinasjúkdóm á tímabilinu meðan þungun stóð yfir. Upplýsingar voru fengnar úr sjúkraskrám, rafrænum sjúkraskrárkerfum Landspítala og frá rannsóknarstofu Háskólans í meinafræði. Skráðar voru upplýsingar um legutíma,

[1]Læknadeild Háskóla Íslands, [2]kvensjúkdómadeild, [3]skurðlækningadeild Landspítala.
Fyrirspurnum svarar Páll Helgi Möller *pallm@landspitali.is*

Höfundar hafa útfyllt eyðublað um hagsmunatengsl.

https://doi.org/10.17992/lbl.2016.12.110

Greinin barst 24. maí 2016, samþykkt til birtingar 20. október 2016.

Tafla I. *Aldursdreifing, fjöldi innlagna per konu og legutími.*

Fjöldi sjúklinga	n=77
Meðalaldur	29 (bil: 19-43)
Meðal innlagnarfjöldi	1,8 (bil: 1-7)
Legutími í dögum (miðgildi)	1 (bil: 1-31)

Tafla II. *Greiningar kvenna rannsóknarinnar.*

Fjöldi sjúklinga	n=77
Gallkveisa	59
Bráð gallblöðrubólga	7
Brisbólga	1
Gallgangasteinar	10

einkenni, meðgöngulengd við greiningu og fæðingu, myndgreiningar, niðurstöður myndgreininga, fylgikvilla og fósturlát ásamt vefjagreiningum hjá þeim konum sem gengust undir aðgerð. Farið var yfir aðgerðarlýsingar og svæfingarskrár hjá þeim konum sem fóru í gallblöðrutöku á ofangreindu tímabili og aðgerðartími, þyngd og hæð sjúklings, ASA-flokkun og fylgikvillar aðgerðar skráð. Nýgengi var reiknað út frá tölum um fæðingar á vef Hagstofu Íslands á árunum 1990-2010.[16] Tilskilin leyfi frá vísindasiðanefnd Landspítala og Persónuvernd voru fengin fyrir rannsókninni. Upplýsingar voru skráðar í tölvuforritið Microsoft Excel® (Microsoft, Redmond WA).

Niðurstöður

Rannsóknarþýði og sjúkdómsgreiningar

Alls greindust 182 konur með gallvegasjúkdóm á meðgöngu og 6 vikum eftir barnsburð á tímabilinu 1990-2010. Níutíu og sjö konur voru útilokaðar þar sem greining átti sér stað á 6 vikna tímabilinu eftir barnsburð. Sjö konur voru útilokaðar vegna rangrar greiningar og ein vegna þess að sjúkraskrá fannst ekki. Það voru því 77 konur sem uppfylltu skilyrði rannsóknarinnar. Nýgengi gallsteinasjúkdóma á rannsóknartímabilinu reiknast því 0,09%. Upplýsingar um meðalaldur, legutíma og fjölda innlagna má finna í töflu I.

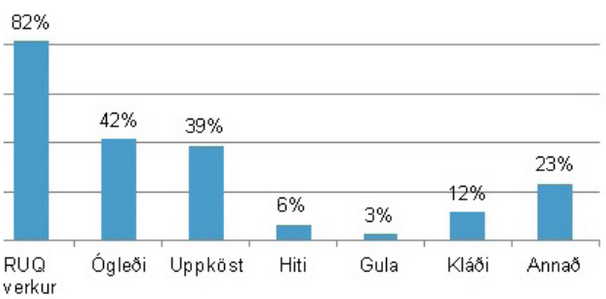
Flestar konurnar fengu greininguna gallkveisa á rannsóknartímabilinu (n=59, 76,6%). Aðrar greiningar voru bráð gallblöðrubólga, gallgangasteinar (*choledocholithiasis*) eða gallsteina-brisbólga (tafla II). Þrjár konur fengu greininguna brisbólga en einungis í einu tilfelli var hægt að tengja hana við gallsteina. Hin tvö tilfellin voru annars vegar brisbólga í kjölfar gallvegaspeglunar (*endoscopic retrograde cholangiopancreatography,* ERCP) þar sem fjarlægðir voru steinar úr gallgangi og hins vegar brisbólga af óljósum toga þar sem ekki voru greindir gallsteinar í gallblöðru eða gallgöngum á myndrannsóknum. Ekkert tilfelli sýkingar í gallgöngum átti sér stað á meðal rannsóknarþýðis.

Klínísk birtingarmynd, greiningaraðferðir og aðgerðir

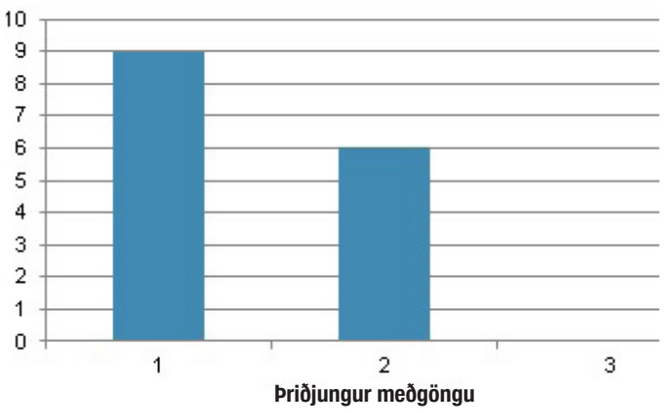
Algengasta einkennið sem konur höfðu við komu var verkur í efri hægri fjórðungi kviðar með eða án leiðni aftur í bak eða upp í herðablöð (n=63). Önnur einkenni voru fátíðari en ógleði, uppköst og kláði voru tiltölulega algeng einkenni (mynd 1). Meðal einkenna sem féllu í flokkinn „Annað“ voru niðurgangur (n=5), öndunaróþægindi (n=5) og dökkt þvag (n=2) ásamt öðrum sjaldgæfari einkennum á borð við slappleika, hroll, minnkaða matarlyst og ljósar hægðir.

Algengasta myndrannsóknin var ómskoðun en 70 konur (91%) voru greindar þannig. Í flestum tilfellum var ómun eina myndrannsóknin sem gerð var. Tvær konur fóru í kjölfar ómunar í gallvegaspeglun og þrjár í segulómun af gallvegum (*magnetic resonance cholangiopancreatography,* MRCP) vegna gruns um steina í gallvegum. Í fjórum tilfellum fóru konur bæði í segulómun og í gallvegaspeglun í kjölfar ómunar. Ein kona hlaut greiningu með segulómunarrannsókn og gallvegaspeglun án undangenginnar ómskoðunar en þá hafði gallblaðran þegar verið fjarlægð. Engar myndrannsóknir af gallblöðru eða brisi fundust hjá 6 konum en líklegt verður að teljast að greining hafi þá farið fram utan Landspítala.

Af 77 konum rannsóknarinnar fóru 32 í gallblöðrutöku á rannsóknartímabilinu, 15 á meðgöngu og 16 innan 6 vikna frá fæðingu. Ábendingar fyrir aðgerðum voru bráð gallblöðrubólga (n=6) eða endurtekin gallkveisa (n=26). Allar aðgerðirnar voru framkvæmd-



Mynd 1. *Einkenni við greiningu. Hver súla sýnir hlutfall sjúklinga með tiltekið einkenni. RUQ = right upper quadrant (hægri efri fjórðungur kviðar).*



Mynd 2. *Fjöldi gallblöðrutakna á hverjum þriðjungi meðgöngu.*

ar í kviðsjá fyrir utan eina opna aðgerð þar sem gallblaðran var fjarlægð samhliða keisaraskurði. Mynd 2 sýnir dreifingu aðgerða eftir þriðjungum meðgöngu.

Fjörutíu og fimm konur gengust ekki undir gallblöðrutöku á tímabili þungunar né innan 6 vikna eftir fæðingu. Af þessum 45 konum höfðu 30 farið í aðgerð frá tímabili rannsóknarinnar (31. desember 2010) og til 1. maí 2012 en þrjár þeirra höfðu látið fjarlægja gallblöðruna fyrir meðgöngu og greindust með gallsteina í gallgöngum.

Afdrif

Fimm konur fæddu fyrir áætlaðan fæðingardag, þar af tvær (2,6%) mögulega vegna vandamála tengd gallsteinunum. Önnur fyrirburafæðingin var í tilfelli konu sem þegar hafði fengið gallblöðruna fjarlægða. Hún leitaði læknis vegna kláða og við skoðun reyndist konan hafa hækkun á lifrarprófum og því talin vera með gallstasa (*cholestasis*). Ómun af gallvegum sýndi þó eðlilega víða gallvegi innan og utan lifrar. Í kjölfarið var ákveðið að framkalla fæðingu við 35 vikur. Hin fyrirburafæðingin var hjá konu sem var lögð inn með verk í hægri efri fjórðungi kviðar ásamt ógleði og uppköstum. Ómun sýndi stein í gallblöðru og þykknun í vegg gallblöðrunnar sem benti til bráðrar gallblöðrubólgu. Í samráði við fæðingarlækni var framkvæmdur keisaraskurður og opin gallblöðrutaka eftir rúmlega 36 vikna meðgöngu þar sem gallblaðran var fjarlægð í kjölfar fæðingar barnsins. Bæði börnin fæddust heilbrigð. Hin þrjú tilfelli fyrirburafæðinga voru rakin til meðgöngueitrunar og þvagfærasýkingar.

Ein andvana fæðing varð á tímabili rannsóknarinnar hjá konu eftir 38 vikna meðgöngu. Gallblöðrutaka hjá þeirri konu var gerð í kviðsjá á öðrum þriðjungi meðgöngu og var fylgikvillalaus. Konan hafði engin frekari einkenni gallsteinasjúkdóms eftir aðgerðina. Fæðingin varð meira en 30 dögum eftir gallblöðrutökuna og var ekki hægt að rekja það til gallsteinasjúkdóms eða aðgerðar móður að barnið fæddist andvana.

Hvað skurðaðgerðir varðar var hvorki hægt að rekja fyrirburafæðingu, fósturlát né andvana fæðingu til aðgerðar. Í tveimur tilfellum (6%) greindust gallsteinar í gallgöngum eftir aðgerð og hjá báðum var í kjölfarið gerð gallvegaspeglun.

Líkamsþyngdarstuðull kvennanna var að meðaltali 31 (bil: 21-49). Þær voru almennt hraustar, þar sem miðgildi ASA-skors var 1 (bil: 1-3). Aðgerðartími var að meðaltali 63 mínútur (bil: 36-105).

Flestar vefjagreiningar sýndu langvinna gallblöðrubólgu (n=24) en í 5 tilfellum sýndi hún bráða gallblöðrubólgu. Í einu sýni voru steinar án bólgu og í tveimur var engin vefjagreining gerð en einnig er mögulegt að vefjarannsókn hafi farið fram annars staðar en á Landspítala.

Umræða

Nýgengi gallsteinasjúkdóma meðal þungaðra kvenna sem krefjast innlagnar á Landspítala er 0,09% og meðalaldur er 29 ár sem er svipað og hefur verið lýst erlendis.[17,18] Konurnar voru lagðar inn að meðaltali 1,8 sinnum á rannsóknartímabilinu og fjöldi innlagna á hverja konu var á bilinu 1 til 7 en viðbúið er að sjá endurteknar, stuttar innlagnir hjá konum með gallsteinasjúkdóma sem meðhöndlaðar eru án skurðaðgerðar.[8,9,14] Tímasetningar gallsteinagreininga á meðgöngu voru ekki skoðaðar sérstaklega en það var sökum þess að stór hluti kvennanna hafði gallsteinagreiningu fyrir meðgöngu og svo endurtekin köst á meðgöngutíma.

Birtingarmynd gallsteinasjúkdóma getur verið mjög fjölbreytileg. Algengasta einkennið er verkur í efri hægri fjórðungi kviðar og það breytist ekki í tilfellum þungaðra kvenna.[19] Sú var einnig raunin í þessari rannsókn þar sem 82% kvenna fundu slík einkenni. Ógleði og uppköst eru algengur fylgifiskur gallsteinasjúkdóma líkt og niðurstöður bera vitni um en 32% og 30% kvenna upplifðu ógleði og uppköst ein og sér eða með öðrum einkennum. Í fæstum tilvikum höfðu sjúklingar gulu, sem bendir til þess að fáar þungaðar konur fái stíflu í gallgöngum þó svo að steinar finnist með MRCP eða við ómun. Það minnkar líkur á sýkingu í gallgangi þótt talið sé að 12% tilfella fái ekki einkenni gulu eða hita við gallgangasýkingu.[20]

Bráð gallblöðrubólga og brisbólga vegna gallsteina reyndust fátíðar í rannsókninni (10%) en það er sambærilegt við það sem hefur birst hjá öðrum höfundum, þó algengi uppá 23% hafi verið lýst.[21] Það kom ekki á óvart að meðgöngutengdir fylgikvillar reyndust einnig fátíðir, með tíðni fyrirburafæðinga upp á 3% sem er mjög sambærilegt við erlendar niðurstöður.[11,22,23] Engin fósturlát tengdust gallsteinasjúkdómum á Landspítala en lýst hefur verið allt að 7% tíðni erlendis.[10]

Í þeim tilfellum sem gögn um myndgreiningu voru til staðar gengust allar konurnar nema ein undir ómun, sem er sú rannsókn sem hentar einna best í tilfellum þungaðra kvenna, en hún er án geislunar, ódýr og með gott næmi fyrir steinum í gallblöðru.[15] Átta konur voru greindar með segulómun af gallvegum og voru það tilfelli þar sem grunur var um steina í gallgangi, gefið til kynna með ómskoðun eða hækkun á lifrarprófum. Segulómskoðun af gallvegum er einnig rannsókn sem talin er henta vel þunguðum konum sem taldar eru vera með gallsteina í gallgangi þar sem hún er án geislunar. Mælt er með að rannsóknin sé framkvæmd án gadolinium skuggaefnis þar sem áhrif þess á fóstur eru ekki þekkt að fullu þó að ekki hafi tekist að sýna fram á að skaðleg áhrif þess á fóstur hingað til.[24]

Fylgikvillar gallsteinasjúkdóma er sneru að þunguninni voru fátíðir. Af 32 aðgerðum voru 15 aðgerðir framkvæmdar á meðgöngu en 17 aðgerðir fóru fram á fyrstu 6 vikunum eftir fæðingu og voru allar aðgerðirnar nema ein framkvæmdar um kviðsjá. Þessi fjöldi aðgerða svo stuttu eftir meðgöngu gefur upplýsingar um hlutfall kvenna sem meðhöndlaðar voru með íhaldssömum hætti vegna meðgöngunnar. Gallblöðrutökur á meðgöngu fóru einungis fram á fyrsta og öðrum þriðjungi og flestar á fyrsta þriðjungi, sem er svipað og í erlendum samantektum þó að góðum árangri hafi einnig verið lýst við aðgerðir á þriðja þriðjungi meðgöngu.[18,25] Hugsanlegt er að einhverjar af þeim 9 aðgerðum sem gerðar voru á fyrsta þriðjungi hafi verið framkvæmdar án vitneskju um þungun, sem kann að skýra fjöldann á þessu tímabili. Ein gallblöðrutaka fór fram í opinni aðgerð í kjölfar keisaraskurðar á þriðja þriðjungi meðgöngu og þótti við hæfi að telja það tilfelli með þeim sem fóru í aðgerð að lokinni meðgöngu.

Framkvæmd gallblöðrutöku hjá þunguðum konum krefst þess að ákveðin tæknileg atriði aðgerðarinnar séu aðlöguð að stækkuðu legi og áhrifum þess á konuna. Mælt er með að skápúði sé

settur undir hrygg konunnar hægra megin til að forða því að legið þrýsti á neðri holæð (*vena cava inferior*) og skerði þannig blóðflæði til hjartans.[15] Þegar kemur að vali á staðsetningu fyrsta stingjar (*trocar*) er mælt með að tekið sé tillit til legbolshæðar konunnar og íhugað hvort nota eigi opna aðferð (*Hassan*) í stað blindrar ísetningar stingjar í kviðarhol.[15] Legslakandi lyf (*tocolytics*) í fyrirbyggjandi tilgangi meðan á aðgerð stendur hefur ekki sýnt sig að fækka fyrirburafæðingum en mælt er með að þau séu gefin ef vísbendingar vakna um yfirvofandi fyrirburafæðingu.[15,26] Þá er mælt með notkun fósturrita bæði fyrir og eftir bráðar skurðaðgerðir hjá þunguðum konum en ekki á meðan á aðgerð stendur.[15]

Lítið bar á fylgikvillum aðgerða en hvorki fósturlát né fyrirburafæðingar var hægt að rekja beint til gallblöðrutöku. Niðurstöður erlendis skýra frá svipuðum niðurstöðum hvað fósturlát varðar en fyrirburafæðingar virðast litlu tíðari, eða allt að 6,7%.[11] Í tveimur tilfellum (6%) greindust steinar í gallgangi eftir gallblöðrutöku. Í grein Ólafar Viktorsdóttur og félaga frá 2004, um fylgikvilla gallblöðrutöku, kom fram að steinar í gallgangi eftir aðgerð hafi verið þriðji algengasti fylgikvilli þessara aðgerða á eftir gallleka og blæðingu í kviðarhol með um 1,5% tíðni.[27]

Meðalaðgerðartími var 63 mínútur og blæðing í aðgerðum óveruleg en það er svipað og aðrir rannsakendur segja frá.[11] Þyngdarstuðull sjúklinga í aðgerð var að meðaltali 31,1 sem er yfir offitumörkum og ASA-skor í flestum tilfellum 1 (bil:1-3). Svo hár meðalþyngdarstuðull er ekki óeðlilegur þegar tekið er tillit til þess að offita er stór áhættuþáttur fyrir myndun gallsteina sem og að offita er tiltölulega algeng á Íslandi en 21% kvenna hér var yfir offitumörkum á rannsóknartímabilinu.[28]

Ályktanir

Gallsteinasjúkdómar eru sjaldgæfir meðal þungaðra kvenna á Íslandi, með nýgengi svipað og á Vesturlöndum. Meðferð er örugg bæði með og án skurðaðgerðar og meðgöngutengdir fylgikvillar eru sjaldgæfir. Aðgerð með kviðsjá, framkvæmd á fyrsta og öðrum þriðjungi meðgöngu, er örugg fyrir móður og barn. Niðurstöðurnar eru í samræmi við niðurstöður erlendra rannsókna.

Þakkir fyrir veitta aðstoð fá Sigríður Pála Konráðsdóttir, fyrrverandi ritari á deild 13A, Anna Haarde, skrifstofustjóri kvennadeildar og Guðrún Garðarsdóttir, ritari Fæðingarskrár.

Heimildir

1. de Bari O, Wang TY, Liu M, Paik CN, Portincasa P, Wang DQH. Cholesterol cholelithiasis in pregnant women: pathogenesis, prevention and treatment. Ann Hepatol 2014; 13:. 728-45.
2. Ko CW. Risk factors for gallstone-related hospitalization during pregnancy and the postpartum. Am J Gastroenterol 2006; 101: 2263-8.
3. Ko CW, Beresford SAA, Schulte SJ, Matsumoto AM, Lee SP. Incidence, natural history, and risk factors for biliary sludge and stones during pregnancy. Hepatology 2005; 41: 359-65.
4. Date RS, Kaushal M, Ramesh A. A review of the management of gallstone disease and its complications in pregnancy. Am J Surg 2008; 196: 599-608.
5. Bouyou J, Gaujoux S, Marcellin L, Leconte M, Goffinet F, Chapron C, et al. Abdominal emergencies during pregnancy. J Visc Surg 2015; 152: S105-115.
6. Cox TC, Huntington CR, Blair LJ, Prasad T, Lincourt AE, Augenstein VA, et al. Laparoscopic appendectomy and cholecystectomy versus open: a study in 1999 pregnant patients. Surg Endosc 2015; 30: 593-602.
7. Ghumman E, Barry M, Grace PA. Management of gallstones in pregnancy. Br J Surg 1997; 84: 1646-50.
8. Jorge AM, Keswani RN, Veerappan A, Soper NJ, Gawron AJ. Non-operative management of symptomatic cholelithiasis in pregnancy is associated with frequent hospitalizations. J Gastrointest Surg 2015; 19: 598-603.
9. Othman MO, Stone E, Hashimi M, Parasher G. Conservative management of cholelithiasis and its complications in pregnancy is associated with recurrent symptoms and more emergency department visits. Gastrointest Endosc 2012; 76: 564-9.
10. Jelin EB, Smink DS, Vernon AH, Brooks DC. Management of biliary tract disease during pregnancy: a decision analysis. Surg Endosc 2008; 22: 54-60.
11. Juhasz-Boss I, Solomayer E, Strik M, Raspe C. Abdominal surgery in pregnancy--an interdisciplinary challenge. Dtsch Arzteblatt Int 2014; 111: 27-8.
12. Dhupar R, Smaldone GM, Hamad GG. Is there a benefit to delaying cholecystectomy for symptomatic gallbladder disease during pregnancy? Surg Endosc 2010; 24: 108-12.
13. Muench J, Albrink M, Serafini F, Rosemurgy A, Carey L, Murr MM. Delay in treatment of biliary disease during pregnancy increases morbidity and can be avoided with safe laparoscopic cholecystectomy. Am Surg 2001; 67: 539-42; discussion 542-3.
14. Lee S, Bradley JP, Mele MM, Sehdev HM, Ludmir J. Cholelithiasis in pregnancy: surgical versus medical management. Obstet Gynecol 2000; 95: S70–S71.
15. Pearl J, Price R, Richardson W, Fanelli R. Guidelines for diagnosis, treatment, and use of laparoscopy for surgical problems during pregnancy. Surg Endosc 2011; 25: 3479-92.
16. Hagstofa Íslands. „Fæðingartíðni 1990-2010." http://px.hagstofa.is - nóvember 2015.
17. Basso L, McCollum PT, Darling MR, Tocchi A, Tanner WA. A study of cholelithiasis during pregnancy and its relationship with age, parity, menarche, breast-feeding, dysmenorrhea, oral contraception and a maternal history of cholelithiasis. Surg Gynecol Obstet 1992; 175: 41-6.
18. Paramanathan A, Walsh SZ, Zhou J, Chan S. Laparoscopic cholecystectomy in pregnancy: An Australian retrospective cohort study. Int J Surg 2015; 18: 220-3.
19. Portincasa P, Moschetta A, Petruzzelli M, Palasciano G, Di Ciaula A, Pezzolla A. Gallstone disease: Symptoms and diagnosis of gallbladder stones. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2006; 20: 1017-29.
20. Anciaux ML, Pelletier G, Attali P, Meduri B, Liguory C, Etienne JP. Prospective study of clinical and biochemical features of symptomatic choledocholithiasis. Dig Dis Sci 1986; 31: 449-53.
21. Glasgow RE, Visser BC, Harris HW, Patti MG, Kilpatrick SJ, Mulvihill SJ. Changing management of gallstone disease during pregnancy. Surg Endosc 1998; 12: 241-6.
22. Lu EJ, Curet MJ, El-Sayed YY, Kirkwood KS. Medical versus surgical management of biliary tract disease in pregnancy. Am J Surg 2004; 188: 755-9.
23. Oelsner G, Stockheim D, Soriano D, Goldenberg M, Seidman DS, Cohen SB, et al. Pregnancy outcome after laparoscopy or laparotomy in pregnancy. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2003; 10: 200-4.
24. Chen MM, Coakley FV, Kaimal A, Laros RK Jr. Guidelines for computed tomography and magnetic resonance imaging use during pregnancy and lactation. Obstet Gynecol 2008; 112: 333-40.
25. Bani Hani MN. Laparoscopic surgery for symptomatic cholelithiasis during pregnancy. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2007; 17: 482-6.
26. Tan TC, Devendra K, Tan LK, Tan HK. Tocolytic treatment for the management of preterm labour: a systematic review. Singapore Med J 2006; 47: 361-6.
27. Viktorsdóttir Ó, Blöndal S, Magnússon J. Tíðni alvarlegra fylgikvilla gallkögunar. Læknablaðið 2004; 90: 487-90.
28. Valdimarsdóttir M, Jónsson SH, Þorgeirsdóttir H, Gísladóttir E, Guðlaugsson JÓ, Þórlindsson Þ. Líkamsþyngd og holdafar fullorðinna Íslendinga frá 1990-2007. Lýðheilsustöð, Reykjavík 2009.

ENGLISH SUMMARY

Gallstone disease during pregnancy at Landspitali University Hospital 1990-2010

Hörður Már Kolbeinsson[1], Hildur Harðardóttir[1,2], Guðjón Birgisson[1,3], Páll Helgi Möller[1,3]

Introduction: Gallstone disease in pregnant patients and their management in Iceland has not been studied. Management of these patients changed after the introduction of laparoscopic cholecystectomy. The aim of this study was to investigate the incidence, symptoms, diagnostic methods and management of gallstone disease during pregnancy at the National University Hospital of Iceland during the years 1990-2010.

Material and methods: This was a retrospective study and included all pregnant women admitted with gallstone diseases to the National University Hospital of Iceland which is the only tertiary hospital in Iceland. Information regarding age, symptoms and diagnostic methods for all women with gallstone disease along with BMI, ASA scores, pathology results and pregnancy related outcomes for women who underwent cholecystectomy were gathered.

Results: During the twenty year time period 77 women were admitted with gallstone disease in 139 admissions which makes incidence 0,1% amongst pregnant women. Diagnoses incuded biliary colic (n=59), common bile duct stones (n=10), acute cholecystitis (n=7) and gallstone pancreatitis (n=1). The most common symptom was RUQ pain (n=63). Two preterm births were a direct consequence of gallstone disease. Fifteen women underwent cholecystectomy during pregnancy and 17 during the six week period after birth. Mean BMI was 31,1 and median ASA score was 1. Pathology reports showed chronic inflammation (n=24) and acute inflammation (n=5), one case included gallstones without inflammation Adverse outcomes of surgeries were two cases of gallstones left in the common bile duct. No stillbirths or preterm births resulted from cholecystectomies during pregnancy.

Conclusion: Gallstone disease during pregnancy is rare and readmissions are frequent. Pregnancy related complications are rare. Laparoscopic cholecystectomy is safe during pregnancy.

[1]*University of Iceland, Faculty of Medicine,* [2]*University Hospital of Iceland, Depts of Obstetrics and gynaecology and* [3]*General Surgery.*

Key words: *gallstones, pregnancy, laparoscopic cholecystectomy.*

Correspondence: *Páll Helgi Möller pallm@landspitali.is*

Tilnefning til verðlauna

Óskað er eftir tilnefningum til verðlauna úr Verðlaunasjóði Árna Kristinssonar og Þórðar Harðarsonar. Verðlaunin nema kr. 5.000.000.

Verðlaunin veitast vísindamönnum sem náð hafa framúrskarandi árangri í vísindarannsóknum í læknisfræði, lífvísindum og skyldum greinum.

Tilnefningar þurfa að hafa borist stjórn sjóðsins fyrir 31. janúar 2017.

Tilkynnt verður um verðlaunahafa á Vísindum á vordögum Landspítala háskólasjúkrahúss vorið 2017.

Stjórn Verðlaunasjóðs Árna Kristinssonar og Þórðar Harðarsonar, Hellulandi 10, Reykjavík 108. *thordhar@landspitali.is*

Eliquis®

Forvörn gegn heilablóðfalli og segarekt í slagæðum hjá sjúklingum með gáttatif sem eiga eitt eða fleiri áhættuþætti

Meðferð við segamyndun í djúpæðakerfi blóðrásar



Meðferð við lungnasegarek

Forvörn gegn blóðrásarsegarek eftir valfrjálsa mjaðmarliðskipti

Forvörn gegn endurkomu í segamyndun í djúpæðakerfi blóðrásar og lungnasegarek

Forvörn gegn blóðrásarsegarek eftir valfrjálsa hnéliðskipti

Eliquis appið

Eliquis®

sýnt hefur verið fram á verkun og öryggi lyfsins í notkun við nokkrum ábendingum[1]

Sérlyfjatexti á bls. 577

Colrefuz

Lyf gegn þvagsýrugigt

- **Meðferð** við bráðum þvagsýrugigtarköstum
- **Fyrirbyggjandi meðferð** gegn þvagsýrugigtarköstum í upphafi meðferðar með þvagsýrulosandi lyfjum





Actavis

Sérlyfjatexti á bls. 576

Árangur aðgerða við ósæðargúlp í rishluta ósæðar á Íslandi 2000-2014

Helga Björk Brynjarsdóttir[1] læknanemi, **Inga Hlíf Melvinsdóttir**[2] læknir, **Tómas Guðbjartsson**[1,3] læknir, **Arnar Geirsson**[3] læknir

ÁGRIP

Inngangur: Ósæðargúlpur í brjóstholi er frekar sjaldgæfur sjúkdómur þar sem meðferð er flókin og fylgikvillar algengir. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna árangur skurðaðgerða við ósæðargúlpum á Íslandi með tilliti til snemmkominna fylgikvilla, 30 daga dánartíðni og langtímalifunar, en slík rannsókn hefur ekki verið gerð áður á Íslandi.

Efniviður og aðferðir: Afturskyggn rannsókn á 105 sjúklingum (meðalaldur 60,7 ár, 69,5% karlar) sem gengust undir aðgerð vegna ósæðargúlps í rishluta ósæðar á Landspítala frá 1. janúar 2000 til 31. desember 2014. Sjúklingar með áverka á ósæð eða bráða ósæðarflysjun (*acute aortic dissection*) voru útilokaðir. Upplýsingar fengust úr sjúkraskrám og voru skráðar ýmsar klínískar breytur, aðgerðartengdir þættir og fylgikvillar. Heildarlifun var reiknuð með aðferð Kaplan-Meier og var meðaleftirfylgdartími 5,7 ár.

Niðurstöður: Alls höfðu 52 sjúklingar (51,0%) tvíblöðku-ósæðarloku og 10 (9,5%) höfðu fjölskyldusögu um ósæðargúlp. Helmingur sjúklinga (50,5%) var einkennalaus. Algengasta tegund aðgerðar var ósæðarrótarskipti með lífrænni loku. Tveir þriðju sjúklinga fengu fylgikvilla og voru þeir alvarlegir í 31,4% tilfella. Heilablóðfall greindist hjá tveimur sjúklingum (1,9%) en aðrir tveir sjúklingar létust innan 30 daga frá aðgerð (1,9%). Lifun einu ári frá aðgerð var 95,1%, og var lifun karla betri en kvenna (97,2% á móti 90,4%, p=0,0012, log-rank próf) en 5 ára lifun var 90,3%.

Ályktanir: Árangur skurðaðgerða við ósæðargúlp í rishluta ósæðar á Íslandi er sambærilegur við erlendar rannsóknir. Fylgikvillar eru tíðir þótt tíðni heilablóðfalls sé lág, eins og 30 daga dánartíðni. Langtímalifun er góð, en lifun karla er betri en kvenna.

Inngangur

Ósæðargúlpur í brjóstholshluta ósæðar *(thoracic aortic aneurysm)* er tiltölulega sjaldgæfur sjúkdómur þar sem þvermál ósæðar er aukið um að minnsta kosti 50% miðað við eðlilega vídd ósæðar.[1] Nýgengi samkvæmt erlendum rannsóknum er talið vera á bilinu 6-10 tilfelli/100.000/ári. Sú staðreynd að flestir sjúklingar eru einkennalausir gerir nákvæmt mat á nýgengi erfiðara.[2] Orsök gúlpmyndunar í ósæð er ekki að fullu þekkt en hrörnun á miðlagi hennar virðist vega þungt í sjúkdómsferlinu. Ójafnvægi á myndun og niðurbroti millifrumuefnis veikir miðlag æðaveggsins sem veldur þenslu og gúlpmyndun.[3,4] Bandvefssjúkdómar eins og heilkenni Marfans eða heilkenni Ehler Danlos og tvíblöðku-ósæðarloka auka líkur á myndun ósæðargúlps. Háþrýstingur er einnig þekktur áhættuþáttur.[5] Erfðarannsóknir hafa leitt í ljós ýmis tengsl við ósæðargúlpa og lýst hefur verið stökkbreytingum sem koma fram í fjölskyldum. Í heildina eru ættgengir ósæðargúlpar taldir skýra um 20% sjúkdómstilfella.[6-8]

Algengustu einkenni ósæðargúlps eru brjóst- eða bakverkir og einkenni hjartabilunar þegar ósæðarlokan er lek.[9] Oftar en ekki eru sjúklingar þó án einnkenna og greinast fyrir tilviljun. Tilviljanagreiningum hefur fjölgað á Vesturlöndum samhliða fjölgun myndrannsókna vegna óskyldra sjúkdóma í brjóstholi, til dæmis við leit að æxlum í lungum eða við tölvusneiðmyndatöku á kransæðum.[10]

Ef rof eða flysjun (*dissection*) verður á gúlpnum er 30 daga dánarhlutfall allt að 25% hjá þeim sem ná lifandi í aðgerð, en rof er jafnframt langalvarlegasti fylgikvilli sjúkdómsins.[11,12] Því er reynt að gera skurðaðgerð á æðargúlp áður en hann rofnar. Hætta á rofi og flysjun eykst við aukið þvermál ósæðarinnar. Ef þvermálið er 6 cm er árleg tíðni rofs eða flysjunar í kringum 14%.[13] Algengasta viðmið fyrir fyrirbyggjandi skurðaðgerð er þegar þvermál ósæðar er komið yfir 5,5 cm hjá einkennalausum sjúklingum. Oft er miðað við minna þvermál hjá sjúklingum með aðra áhættuþætti flysjunar, eins og tvíblöðku-ósæðarloku, þekkta bandvefssjúkdóma eða gúlpa sem stækka ört (>3 mm á ári).[13,14] Ósæðargúlpar sem valda einkennum eru fjarlægðir með skurðaðgerð, óháð stærð.

Markmið þessarar rannsóknar var að kanna árangur skurðaðgerða við ósæðargúlp í rishluta ósæðar á Íslandi en slík rannsókn hefur ekki verið gerð áður hérlendis. Helstu áherslur voru á snemmkomna fylgikvilla, 30 daga dánarhlutfall og langtímalifun.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin var afturskyggn og náði yfir 15 ára tímabil frá 1. janúar 2000 til 31. desember 2014. Listi yfir sjúklinga var fenginn úr sjúklingabókhaldi Landspítala og var leitað eftir aðgerðakóðum fyrir ósæðarrótarskipti, viðgerð á ósæð og aðgerðir þar sem hjarta- og lungnavél var notuð með blóðrásarstöðvun í djúpri kæl-

[1]Læknadeild Háskóla Íslands, [2]Landspítalinn, [3]hjarta- og lungnaskurðdeild Landspítala. Fyrirspurnum svarar Arnar Geirsson *arnarge@landspitali.is*

Höfundar hafa útfyllt eyðublað um hagsmunatengsl.

https://doi.org/10.17992/lbl.2016.12.111

Greinin barst til blaðsins 7. júní 2016, samþykkt til birtingar 29. október 2016.

ingu. Alls gengust 105 sjúklingar undir aðgerð við ósæðargúlp í rishluta ósæðar á tímabilinu og mynduðu þeir rannsóknarþýðið. Sjúklingum sem höfðu áverka á ósæð eða bráða ósæðarflysjun (*acute aortic dissection*) var sleppt en árangur þeirra aðgerða á Íslandi hefur áður verið birtur í *Læknablaðinu*.[12]

Fyrir hvern sjúkling voru skráðar í rafrænan gagnagrunn rúmlega 100 breytur úr sjúkraskrám. Skráðir voru áhættuþættir hjarta- og æðasjúkdóma, saga um útæðasjúkdóm og æðagúlpa, hvort um tvíblöðku-ósæðarloku var að ræða, ósæðarlokuþrengsl eða ósæðarlokuleka. Einnig voru skráðir bandvefssjúkdómar eins og Marfans eða Ehler Danlos-heilkenni og fjölskyldusaga um ósæðargúlp. EuroSCORE II var reiknað fyrir alla sjúklinga, en það er áhættulíkan til að meta dánarlíkur innan 30 daga eftir hjartaskurðaðgerð.[15] Einnig voru skráð einkenni sem leiddu til greiningar og mesta þvermál ósæðargúlps í cm. Upplýsingar um stærð fengust úr sjúkraskrám og byggðu á mælingum á tölvusneiðmyndum eða hjartaómun. Í vafatilfellum voru myndrannsóknir skoðaðar að nýju.

Úr aðgerðarlýsingum var skráð hvers konar aðgerð var gerð hverju sinni. Tími á hjarta- og lungnavél og æðatengingar voru skráðar, einnig tímalengd blóðrásarstöðvunar og hvort sérstakri heilavernd (*cerebral protection*) var beitt. Loks var skráð blæðing í brjóstholskera á fyrsta sólarhring eftir aðgerð ásamt notkun blóðhluta í og eftir aðgerð.

Fylgikvillar voru flokkaðir í alvarlega og minniháttar. Útlistun á skráðum fylgikvillum má sjá í töflu III. Upplýsingar um fylgikvilla miðuðust við skráningu í sjúkraskrám. Að auki voru blóðrannsóknir skoðaðar, einkum til að meta bráðan nýrnaskaða og hjartadrep. Bráður nýrnaskaði miðaðist við ≥50% hækkun á S-kreatíníni frá grunngildi sjúklings innan við viku frá aðgerð. Þau tilfelli þar sem nýrnaskaði var það alvarlegur að þörf var á skilunarmeðferð voru flokkuð með alvarlegum fylgikvillum. Hjartadrep í og eftir aðgerð (*perioperative myocardial infarction*) miðaðist CKMB við hæstu mælingu eftir aðgerð >70 µg/L.

Skurðaðgerðir

Allar aðgerðirnar voru framkvæmdar í gegnum bringubeinsskurð með aðstoð hjarta- og lungnavélar. Slagæðatengingu fyrir hjarta- og lungnavél var komið fyrir í rishluta ósæðar, holhandar- og viðbeinsslagæð eða náraslagæð. Aðgerðartækni fór eftir staðsetningu gúlps á ósæðinni og ástandi ósæðarloku (leki eða þrengsl) og var alls beitt 6 mismunandi tegundum aðgerða. Ef ósæðarlokan var heil og gúlpurinn náði ekki niður í ósæðarrót var einungis skipt um ósæðina ofan við lokuplanið. Í einu tilviki var í sömu aðgerð fyrst skipt um loku og síðan ósæð ofan við lokuplanið. Ef gúlpurinn náði niður í ósæðarrót og skipta þurfti um ósæðarloku voru ýmist notaðar lífrænar eða ólífrænar lokur með samsettum æðagræðlingi (*graft*). Ef talið var mögulegt að gera við lokuna var það gert með lokusparandi aðgerð (David-aðgerð). Loks voru aðgerðir þar sem rishluta ósæðar var ekki skipt út, heldur hún sveipuð með ytra stoðneti (*wrapping*). Fjartenging (*distal anastomosis*) var oftast gerð á rishluta ósæðar. Í tilvikum þar sem ósæðarbogi var einnig víkkaður var gert við hann með viðgerð á neðri ósæðarboga (*hemiarch replacement*) og í einu tilviki á öllum ósæðarboga (*total arch replacement*). Aðgerðir á ósæðarboga voru yfirleitt gerðar í blóðrásarstöðvun þar sem notuð var djúp (14,1-20°C) eða miðlungsdjúp (20,1-28°C) kæling og blóði að auki veitt sérstaklega til heilaæða (*selective cerebral perfusion*) til að varðveita heilastarfsemi.[16,17]

Tafla I. *Sjúklingatengdir þættir. Fjöldi sjúklinga og hlutfall (%) eða meðaltal með staðalfráviki. N=105.*

	Fjöldi	%
Aldur	60,7 ± 13,9	
Karlar	73	69,5
Tvíblöðku-ósæðarloka (n=102)*	52	51
Ósæðarlokuþrengsl	33	31,4
Ósæðarlokuleki	46	43,8
Marfans-heilkenni	5	4,8
Háþrýstingur	68	64,8
Sykursýki af gerð 2	3	2,9
Blóðfituröskun	31	29,5
Langvinnur nýrnasjúkdómur	8	7,6
Kransæðasjúkdómur	8	7,6
Áður gerð kransæðavíkkun	4	3,8
Áður gengist undir kransæðahjáveituaðgerð	1	0,95
Útæðasjúkdómur	4	3,8
Saga um ósæðargúlp í kviðarholi	2	1,9
Áður heilablóðfall	8	7,6
Langvinn lungnateppa	6	5,7
Aldrei reykt (n=101)**	33	32,7
Saga um reykingar (n=101)**	68	67,3
Fjölskyldusaga um ósæðargúlp í brjóst- eða kviðarholshluta ósæðar	10	9,5
Líkamsþyngdarstuðull (kg/m^2)	28,1 ± 5	
EuroSCORE II	4,5 ± 5,7	

Upplýsingar um tvíblöðku-ósæðarloku vantaði fyrir þrjá sjúklinga* og upplýsingar um reykingar vantaði hjá fjórum sjúklingum**.

Tölfræði

Gagnagrunnur var útbúinn í forritinu Microsoft Excel® (Microsoft, Redmond WA) og tölfræðiúrvinnsla gerð í forritinu RStudio®. Við samanburð hópa voru notuð t-próf og Fisher´s exact próf en log-rank próf við samanburð á lifun sjúklinga. Fjölþátta aðhvarfsgreining var notuð til að meta lifun karla og kvenna óháð aldri, en það var gert með lifunarlíkani sem innihélt bæði kyn og aldur. Til að meta árlegan fjölda aðgerða var gerð Poisson-aðhvarfsgreining og reiknað gagnlíkindahlutfall (*Odds ratio, OR*) með 95% öryggisbili (ÖB). Marktæki miðast við tvíhliða p-gildi <0,05. Heildarlifun var reiknuð með aðferð Kaplan-Meier. Dánardagur var skráður samkvæmt upplýsingum úr Sögukerfi Landspítala sem tengt er Dánarmeinaskrá Embættis landlæknis. Eftirlit miðaðist við 1. maí 2015 og var meðaleftirfylgdartími 5,7 ár (miðgildi 6,0 ár, bil: 0,01 – 15,0).

Tafla II. *Aðgerðatengdir þættir. Fjöldi sjúklinga og hlutfall (%) eða meðaltal með staðalfráviki. N=105.*

	Fjöldi	%
Slagæð sem HLV var tengd við		
Rishluti ósæðar/ósæðarbogi	80	76,2
Náraslagæð	14	14,3
Holhandar- eða viðbeinsslagæð	11	10,5
Nærlæg viðgerð á ósæð (*proximal anastomosis*, n=105)		
Rishluti	23	21,9
Rótarskipti, ólífræn loka	19	18,1
Rótarskipti, lífræn loka	28	26,7
Lokusparandi rótarskipti (David-aðgerð)	16	15,2
Lokuskipti + rishluti	1	0,95
Sveipun (*wrapping*)	18	17,1
Fjartenging (*distal anastomosis,* n=87)		
Rishluti	76	87,4
Neðri ósæðarbogi	10	11,5
Allur ósæðarbogi	1	1,1
Blóðrásarstöðvun (n=8)		
Lengd, mínútur	17 ± 10	
Lægsti líkamshiti °C, miðgildi	24	
Framvirk blóðveita til heila (ACP)	8	100
Tími á hjarta- og lungnavél, mínútur	166 ± 63	
Tangartími, mínútur	118 ± 47	
Kransæðahjáveituaðgerð	21	20

HLV = hjarta– og lungnavél, ACP = antegrade cerebral perfusion

Tafla III. *Fylgikvillar eftir aðgerð. Fjöldi og hlutfall. N=105.*

	Fjöldi	%
Fylgikvillar	70	66,7
Alvarlegir fylgikvillar	33	31,4
Enduraðgerð vegna blæðingar	15	14,3
Hjartadrep*	16	15,2
Barkaraufun (*tracheostomy*)	4	3,8
Þörf á nýrnaskilun (n=104)***	3	2,9
Djúp bringubeinssýking	0	0
Heilablóðfall	2	1,9
Fjölkerfabilun	2	1,9
Minniháttar fylgikvillar	62	59
Nýtilkomið gáttatif/flökt (n=97)**	41	42,3
Öndunarvélameðferð >48 klukkustundir	18	17,1
Lungnabólga	12	11,4
Bráður nýrnaskaði (n=104)***	16	15,4
Grunn bringubeinssýking	6	5,7
Aftöppun fleiðruvökva	16	15,2
Aftöppun gollurshússvökva	13	12,4
Dauði í aðgerð	0	0
Dánarhlutfall innan 30 daga (skurðdauði)	2	1,9

CKMB = kreatín kínasi >70 µg/L*. Sjúklingar sem höfðu sögu um gáttatif/gáttaflökt voru ekki taldir með til nýtilkomins gáttatifs/gáttaflökts**. Einn sjúklingur var með lokastigs nýrnabilun fyrir aðgerð og í skilunarmeðferð og var ekki talinn með sem bráður nýrnaskaði eða þörf á nýrnaskilun***.

Rannsóknin var framkvæmd með tilskildum leyfum frá Vísindasiðanefnd, Persónuvernd og framkvæmdastjóra lækninga á Landspítala.

Niðurstöður

Helstu lýðfræðilegar upplýsingar um sjúklingana eru sýndar í töflu I. Karlar voru 69,5% af þýðinu. Meðalaldur sjúklinga á aðgerðardegi var 60,7 ± 13,9 ár (bil: 23-85). Konur voru að meðaltali 3,4 árum eldri en karlar en aldursmunurinn var ekki tölfræðilega marktækur. Alls höfðu 64,8% sjúklinga sögu um háþrýsting og 51,0% höfðu tvíblöðku-ósæðarloku. Hlutfall tvíblöðkuloku var hærra hjá körlum en konum, eða 59,7% borið saman við 30,0% (p=0,012). Ósæðarlokuþrengsl voru til staðar hjá 33 sjúklingum en 26 þeirra höfðu tvíblöðkuloku (78,8%). Ósæðarlokuleki var til staðar hjá 46 sjúklingum og voru 20 þeirra með tvíblöðkuloku (43,5%). Bæði ósæðarlokuleka- og -þrengsl höfðu 10 sjúklingar. Fyrir aðgerð hafði heilkenni Marfans verði greint hjá 5 sjúklingum (4,8%) en enginn hafði greint Ehler Danlos-heilkenni. Fjölskyldusaga um ósæðargúlpa var til staðar hjá 10 sjúklingum (9,5%). Meðal EuroSCORE II fyrir allt þýðið var 4,5 ± 5,7 (bil: 1,0 – 45,5).

Helsta ábending fyrir aðgerð var stærð eða hröð stækkun ósæðargúlps (66,7%). Þar á eftir komu ósæðarlokuþrengsl, ósæðarlokuleki eða ef fyrirhuguð var kransæðahjáveituaðgerð. Fleiri en ein ábending fyrir aðgerð var til staðar hjá tveimur þriðju sjúklinga (67,6%).

Helmingur sjúklinga (50,5%) var einkennalaus og greindist fyrir tilviljun. Hjartabilun með mæði var til staðar hjá 36 sjúklingum (34,3%) og 15 sjúklingar (14,3%) voru með brjóstverk við greiningu. Einn sjúklingur kvartaði bæði um brjóstverk og mæði.

Meðalstærð ósæðargúlps við greiningu var 55,6 ± 9,1 mm í mesta þvermál; eða 55,0 ± 10,7 mm hjá sjúklingum með einkenni sem rekja mátti til gúlpsins og 56,3 ± 7,3 mm hjá þeim sem ekki höfðu einkenni sem rekja mátti til gúlpsins (p=0,48). Stærsti gúlpurinn var 100 mm og teygði hann sig niður í ósæðarrót.

Að meðaltali voru gerðar 7 aðgerðir á ári. Aðgerðum fjölgaði marktækt eftir því sem leið á tímabilið (OR: 1,07, 95%-ÖB: 1,02-1,12, p=0,003), eða úr 23 aðgerðum á árunum 2000-2004 í 38 aðgerðir árin 2005-2009 og 44 aðgerðir frá 2010-2014. Engin aðgerð flokkaðist sem bráðaaðgerð en 5 aðgerðir voru gerðar í flýti vegna einkenna sem rakin voru til gúlpsins, oftast vegna brjóstverkja. Í engu tilfellanna reyndist ósæðargúlpur rofinn.

Tafla II sýnir hvaða aðgerðir voru framkvæmdar. Algengust voru ósæðarrótarskipti með lífrænni loku (*bioprosthesis*), eða í 28 tilfellum. Hjá 18 sjúklingum var ósæðinni ekki skipt út en hún í staðinn sveipuð stoðneti. Gert var við ósæðarbogann hjá 11 sjúklingum og var blóðrásarstöðvun með djúpri kælingu framkvæmd í 8 tilfellum. Var meðaltímalengd blóðrásarstöðvunar 17 ± 10 mín og blóði veitt sérstaklega til heilaæða í öllum tilfellum. Hjá 20%

Tafla IV. *Blæðing fyrsta sólarhringinn eftir aðgerð og notkun blóðhluta. Meðaltal með staðalfráviki og bil innan sviga. N=105.*

	Meðaltal	Bil
Blæðing fyrstu 24 klst (mL)	965 ± 659	(130-3780)
Rauðkornaþykkni (einingar)	6,2 ± 5,7	(0-25)
Blóðvökvi (einingar)	8,1 ± 7,5	(0-38)
Blóðflögur (sett)	2,2 ± 1,6	(0-8)

sjúklinga var að auki framkvæmd kransæðahjáveituaðgerð í sömu aðgerð.

Fylgikvillar eftir aðgerð eru sýndir í töflu III. Heildartíðni fylgikvilla var 66,7% og var algengasti fylgikvillinn nýtilkomið gáttatif (42,3%) Tíðni alvarlegra fylgikvilla var 31,4% en þar reyndust hjartadrep í eða eftir aðgerð (15,2%) og enduraðgerð vegna blæðingar (14,3%) vera efst á blaði. Heilablóðfall í eða eftir aðgerð greindist hjá tveimur sjúklingum (1,9%). Enginn þeirra 8 sjúklinga sem gengust undir blóðrásarstöðvun vegna gúlps á ósæðarboga fékk heilablóðfall. Tveir sjúklingar létust innan 30 daga frá aðgerð (1,9%), fjórum og 15 dögum frá aðgerð, og var dánarmein þeirra beggja fjöllíffærabilun (*multiorgan failure*). Reiknað EuroSCORE II fyrir þessa sjúklinga var 9,7 og 5,0.

Blæðing á fyrsta sólarhring eftir aðgerð og notkun blóðhluta er sýnd í töflu IV. Meðalblæðing í brjóstholskera á fyrstu 24 klukkustundum eftir aðgerð var 965 mL (bil: 130-3780 mL).

Miðgildi legutíma var 10 dagar (bil: 6-84) , þar af einn sólarhringur á gjörgæsludeild (bil: 1-36). Meðallegutími á sömu deildum voru 14,6 og 3,4 dagar. Ellefu sjúklingar (10,5%) útskrifuðust heim innan 8 daga frá aðgerð.

Einu, 5 og 10 árum frá aðgerð var lifun 95,1% (95%-ÖB: 91,1 - 99,4%), 90,3% (95%-ÖB: 84,5 - 96,6%) og 81,8% (95%-ÖB: 71,6 - 93,4%). Lifun karla reyndist marktækt betri en kvenna, eða 97,2% borið saman við 90,4% eftir eitt ár og 93,7% og 83,1% eftir 5 ár (p=0,0012, log-rank próf). Lifun breyttist ekki marktækt yfir rannsóknartímabilið.

Umræða

Í þessari rannsókn er í fyrsta skipti á Íslandi lýst árangri af skurðaðgerðum við ósæðargúlp í brjóstholshluta ósæðar, en skurðaðgerð er kjörmeðferð til að fyrirbyggja rof eða flysjun á ósæðinni. Árangur aðgerðanna reyndist góður og sambærilegur við erlendar rannsóknir.[18,19] Líkt og í þeim rannsóknum var meðalaldur sjúklinga í kringum sextugt og næstum tveir af hverjum þremur sjúklinganna voru karlar (69,5%).

Sjúklingahópurinn reyndist nokkuð misleitur í okkar rannsókn. Ábending fyrir aðgerð var ekki einungis bundin við stærð ósæðargúlps heldur voru einnig tilfelli þar sem helsta ábending var ósæðarlokuleki vegna víkkunar á ósæðarrót eða ósæðarlokuþrengsl. Í fáeinum tilvikum var kransæðasjúkdómur helsta ábending fyrir aðgerð og aðgerð á ósæðargúlp gerð samtímis kransæðahjáveitu. Einkenni sjúklinga gátu verið mjög breytileg, eða allt frá því að vera alvarleg hjartabilun vegna ósæðarlokuleka en aðrir voru einkennalausir og höfðu greinst fyrir tilviljun. Ekki reyndist marktækur munur á stærð gúlps eftir því hvort einkenni voru til staðar eða ekki. Allir sjúklingar gengust undir kransæðamyndatöku fyrir aðgerð og var gerð kransæðahjáveita í sömu aðgerð hjá 20% sjúklinga sem höfðu marktæk þrengsl í stærri kransæðagreinum.

Meðalstærð ósæðargúlpanna var 55,6 mm sem samrýmist þeim alþjóðlegu leiðbeiningum sem oftast er miðað við sem ábendingu fyrir aðgerð. Þannig er miðað við 55 mm í leiðbeiningum Evrópsku hjartalæknasamtakanna (European Society of Cardiology) frá 2014 hjá einkennalausum sjúklingum sem ekki hafa sögu um bandvefssjúkdóm eins og Marfans-heilkenni eða tvíblöðku-ósæðarloku. Hjá síðarnefndu sjúklingunum eru mörkin oft lægri og miðað við 45-50 mm í mesta þvermál.[14] Þeir sjúklingar sem voru undir viðmiðunarmörkum (<55 mm) í okkar rannsókn voru allir annaðhvort með einkenni vegna ósæðarlokuleka, höfðu þrengsl í lokunni eða voru á leið í kransæðahjáveitu og aðgerð á ósæðargúlpi gerð samtímis. Sjúklingurinn sem hafði stærsta gúlpinn (10 cm) var með mikinn ósæðarlokuleka og einkenni hjartabilunar en hann hafði sögu um háþrýsting en var ekki með þekktan bandvefssjúkdóm.

Aðgerðartækni var mismunandi eftir staðsetningu gúlpsins og hvort gera þurfti við ósæðarloku sjúklings eða ekki. Hjá 18 sjúklingum var ósæðinni ekki skipt út heldur var hún einungis sveipuð með ytra stoðneti. Í leiðbeiningum Evrópsku hjartalæknasamtakanna er ekki mælt með því nema í undantekningartilvikum.[14] Í okkar rannsókn var ástæðan fyrir sveipun hár aldur sjúklings eða að aðgerðin á ósæðargúlpnum var ekki helsta ábending hjartaaðgerðarinnar. Gúlpurinn hafði þá ekki náð þeirri stærð sem talin er vera ábending fyrir umfangsmeiri aðgerð. Samkvæmt leiðbeiningum er mælt með að íhuga aðgerð á ósæð sem er >45 mm að vídd ef sjúklingur þarf hjartaaðgerð vegna annars hjartasjúkdóms. Meta þarf hvert tilvik sérstaklega en ljóst er að hjá eldri sjúklingum getur sveipun komið til greina, sérstaklega ef þeir hafa aðra undirliggjandi sjúkdóma sem auka áhættu, sérstaklega við umfangsmiklar og tímafrekari skurðaðgerðir.

Eins og búast mátti við eftir svo stóra aðgerð var heildartíðni fylgikvilla tiltölulega há, en tveir þriðju sjúklinga greindust með einhvern fylgikvilla. Þar var nýtilkomið gáttatif efst á blaði. Nýtilkomið gáttatif er einnig algengasti minniháttar fylgikvilli eftir aðrar hjartaskurðaðgerðir hér á landi og erlendis, en þá er tíðnin á bilinu 30-50%.[20,21] Af alvarlegum fylgikvillum reyndust fylgikvillarnir hjartadrep í kringum aðgerð (15,2%) og enduraðgerð vegna blæðingar algengastir. Tíðni enduraðgerða vegna blæðingar var 14,3%, sem er hærra en í flestum erlendum rannsóknum þar sem hlutfallið er oftast á bilinu 2-10%.[19,22] Hárri tíðni enduraðgerða vegna blæðingar hefur áður verið lýst eftir aðrar hjartaskurðaðgerðir á Íslandi, án þess að skýringin á því sé ljós.[23] Tíðni heilablóðfalls var hins vegar lág. Heilablóðfall er einn alvarlegasti fylgikvilli þessara aðgerða og helst ekki aðeins í hendur við 30 daga dánartíðni heldur skerðir einnig verulega lífsgæði sjúklinga. Aðeins tveir sjúklingar fengu heilablóðfall. Í báðum tilvikum var um væg tilfelli að ræða þar sem einkenni gengu að verulegu leyti til baka á fyrstu mánuðum eftir aðgerð. Annar sjúklingurinn, 83 ára karlmaður, hlaut máttminnkun í hægri hluta líkamans, en hinn, 72 ára gömul kona, sjónsviðsskerðingu. Enginn þeirra 8 sjúklinga þar sem notast var við blóðrásarstöðvun með kælingu fékk heilaáfall. Erfitt er þó að bera þann árangur saman við erlendar rannsóknir, enda um fáa sjúklinga að ræða. Í öllum 8 aðgerðunum þar sem

beitt var blóðrásarstöðvun var blóði veitt framvirkt upp í heilaæðar (*antegrade cerebral perfusion, ACP)* á meðan á blóðrásarstöðvun stóð og þannig reynt að vernda heilann fyrir súrefnisskorti. Ekki hefur enn tekist að sýna með afgerandi hætti hvaða aðgerðartækni veitir bestu heilaverndunina við blóðrásarstöðvun. Framvirk blóðveiting til heila, ásamt meðaldjúpri kælingu, er sú aðferð sem mest hefur verið notuð hér á landi. Nýlegar rannsóknir hafa frekar stutt þá tækni umfram aðrar eldri aðferðir eins og þegar blóði er veitt til heilans í gegnum efri holæð (*retrograde cerebral perfusion*).[17,24] Vonir eru þó bundnar við að stór alþjóðleg rannsókn sem nú er í gangi muni varpa ljósi á hvaða aðferð reynist best í þessum aðgerðum.[25]

Dánarhlutfall innan 30 daga frá aðgerð var 1,9% og er það sambærileg dánartíðni og í erlendum rannsóknum.[18,19] Langtímalifun var einnig mjög góð og á pari við stærstu hjartaskurðdeildir erlendis. Þannig var 5 ára lifun 90,3% í okkar rannsókn en erlendis er hún oftast á bilinu 78-96%.[18,19,26-28]

Langtímalifun var marktækt verri hjá konum en körlum, og hélst munurinn marktækur þrátt fyrir að tekið væri tillit til þess að konur voru að meðaltali 3,4 árum eldri en karlar á aðgerðardegi. Erlendar rannsóknir hafa sýnt svipaðar niðurstöður en konur virðast hafa verri langtímahorfur eftir þessar aðgerðir og auk þess hærra 30 daga dánarhlutfall. Skýringin er ekki ljós en þetta á bæði við um valaðgerðir og bráðaaðgerðir þegar flysjun verður á ósæðargúlpi.[18,29,30] Í okkar rannsókn sást þó ekki marktækur munur á 30 daga dánarhlutfalli karla og kvenna, enda ekki við því að búast þar sem aðeins tveir sjúklingar létust innan 30 daga. Báðir voru konur, sem allt eins gæti hafa verið tilviljun.

Styrkur þessarar rannsóknar er að hún nær yfir alla sjúklinga hjá heilli þjóð en allar aðgerðirnar voru framkvæmdar á Landspítalanum. Rannsóknartímabilið tók til 15 ára og aðgerðirnar voru framkvæmdar af tiltölulega fáum skurðlæknum sem allir störfuðu á sömu stofnun. Einnig er styrkur að eftirfylgd sjúklinga var 100% hvað varðar lifun. Helsti veikleiki rannsóknarinnar er að hún er afturskyggn og klínískar upplýsingar byggja því á skráningu í sjúkraskrám, sem í sumum tilfellum var ábótavant. Loks voru sjúklingar tiltölulega fáir, eða 105 talsins, sem takmarkar þá tölfræðilegu úrvinnslu sem hægt er að gera á ekki stærri efnivið.

Árangur aðgerða við ósæðargúlp í rishluta ósæðar á Íslandi er góður og svipar til stærri erlendra rannsókna. Árangurinn verður að telja sérstaklega góðan hvað varðar tíðni alvarlegra fylgikvilla eins og heilablóðfalls (1,9%) og einnig lágrar 30 daga dánartíðni (1,9%). Tíðni vægari fylgikvilla er hins vegar há eins og gera má ráð fyrir eftir jafn umfangsmikla hjartaaðgerð. Því er mikilvægt að halda sig við ábendingar þessara stóru aðgerða og taka ekki sjúklinga til aðgerðar þar sem ávinningur af aðgerð er óljós. Fyrir sjúklinga með réttar ábendingar er árangur mjög góður og gera má ráð fyrir að yfir 90% þeirra séu á lífi 5 árum eftir aðgerð.

Þakkir

Þakkir fær Gunnhildur Jóhannsdóttir skrifstofustjóri á skurðdeild Landspítala fyrir aðstoð við öflun sjúkraskráa. Rannsóknin var styrkt af Vísindasjóði Landspítala og Rannsóknarsjóði Háskóla Íslands.

Heimildir

1. Johnston KW, Rutherford RB, Tilson MD, Shah DM, Hollier L, Stanley JC. Suggested standards for reporting on arterial aneurysms. J Vasc Surg 1991; 13: 452-8.
2. Kuzmik GA, Sang AX, Elefteriades JA. Natural history of thoracic aortic aneurysms. J Vasc Surg 2012; 56: 565-71.
3. Nesi G, Anichini C, Tozzini S, Boddi V, Calamai G, Gori F. Pathology of the thoracic aorta: a morphologic review of 338 surgical specimens over a 7-year period. Cardiovasc Pathol 2009; 18: 134-9.
4. Zhang L, Wang HH. The genetics and pathogenesis of thoracic aortic aneurysm disorder and dissections. Clin Genet 2016; 89: 639-46.
5. Goldfinger JZ, Halperin JL, Marin ML, Stewart AS, Eagle KA, Fuster V. Thoracic Aortic Aneurysm and Dissection. J Am Coll Cardiol 2014; 64: 1725-39.
6. Elefteriades JA, Pomianowski P. Practical genetics of thoracic aortic aneurysm. Prog Cardiovasc Dis 2013; 56: 57-67.
7. Andelfinger G, Loeys B, Dietz H. A Decade of Discovery in the Genetic Understanding of Thoracic Aortic Disease. Can J Cardiol 2016; 32: 13-25.
8. Jondeau G, Boileau C. Familial thoracic aortic aneurysms. Curr Opin Cardiol 2014; 29: 492-8.
9. Chau KH, Elefteriades JA. Natural History of Thoracic Aortic Aneurysms: Size Matters, Plus Moving Beyond Size. Prog Cardiovasc Dis 2013; 56: 74-80.
10. Isselbacher EM. Trends in thoracic aortic aneurysms and dissection: out of the shadows and into the light. Circulation 2014; 130: 2267-8.
11. Johansson G, Markström U, Swedenborg J. Ruptured thoracic aortic aneurysms: A study of incidence and mortality rates. J Vasc Surg 1995; 21: 985-8.
12. Geirsson A, Melvinsdóttir IH, Arnórsson Þ, Mýrdal G, Guðbjartsson T. Árangur aðgerða vegna bráðrar ósæðarflysjunar af gerð A á Íslandi. Læknablaðið 2016; 102: 71-6.
13. Elefteriades JA. Natural history of thoracic aortic aneurysms: indications for surgery, and surgical versus nonsurgical risks. Ann Thorac Surg 2002; 74: 1877-80.
14. Erbel R, Aboyans V, Boileau C, Bossone E, Bartolomeo RD, Eggebrecht H, et al. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases. Eur Heart J 2014; 35: 2873-926.
15. Nashef SAM, Roques F, Sharples LD, Nilsson J, Smith C, Goldstone AR, et al. EuroSCORE II. Eur J Cardio-Thorac Surg 2012; 41: 734-45.
16. Yan TD, Bannon PG, Bavaria J, Coselli JS, Elefteriades JA, Griepp RB, et al. Consensus on hypothermia in aortic arch surgery. Ann Cardiothorac Surg 2013; 2: 163-8.
17. Griepp RB, Griepp EB. Perfusion and cannulation strategies for neurological protection in aortic arch surgery. Ann Cardiothorac Surg 2013; 2: 159-62.
18. Kallenbach K, Kojic D, Oezsoez M, Bruckner T, Sandrio S, Arif R, et al. Treatment of ascending aortic aneurysms using different surgical techniques: a single-centre experience with 548 patients. Eur J Cardio-Thorac Surg 2013; 44: 337-45.
19. Achneck HE, Rizzo JA, Tranquilli M, Elefteriades JA. Safety of Thoracic Aortic Surgery in the Present Era. Ann Thorac Surg 2007; 84: 1180-5.
20. Helgadottir S, Sigurdsson MI, Ingvarsdottir IL, Arnar DO, Gudbjartsson T. Atrial fibrillation following cardiac surgery: risk analysis and long-term survival. J Cardiothorac Surg 2012; 7: 87.
21. Echahidi N, Pibarot P, O´Hara G, Mathieu P. Mechanisms, Prevention, and Treatment of Atrial Fibrillation After Cardiac Surgery. J Am Coll Cardiol 2008; 51: 793-801.
22. Svensson LG, Pillai ST, Rajeswaran J, Desai MY, Griffin B, Grimm R, et al. Long-term survival, valve durability, and reoperation for 4 aortic root procedures combined with ascending aorta replacement. J Thorac Cardiovasc Surg 2016; 151: 764-71.
23. Smárason NV, Sigurjónsson H, Hreinsson K, Arnórsson Þ, Guðbjartsson T. Enduraðgerðir vegna blæðinga eftir opnar hjartaskurðaðgerðir á Íslandi. Læknablaðið 2009; 95: 567-73.
24. Tian DH, Wan B, Bannon PG, Misfeld M, LeMaire SA, Kazui T, et al. A meta-analysis of deep hypothermic circulatory arrest alone versus with adjunctive selective antegrade cerebral perfusion. Ann Cardiothorac Surg 2013; 2: 261-70.
25. Yan TD, Tian DH, LeMaire SA, Misfeld M, Elefteriades JA, Chen EP, et al. The ARCH Projects: design and rationale (IAASSG 001). Eur J Cardio-Thorac Surg 2014 45: 10-6.
26. Higgins J, Lee MK, Co C, Janusz MT. Long-term outcomes after thoracic aortic surgery: A population-based study. J Thorac Cardiovasc Surg 2014; 148: 47-52.
27. Etz CD, Homann TM, Silovitz D, Spielvogel D, Bodian CA, Luehr M, et al. Long-Term Survival After the Bentall Procedure in 206 Patients With Bicuspid Aortic Valve. Ann Thor Surg 2007; 84: 1186-94.
28. David TE, Feindel CM, Webb GD, Colman JM, Armstrong S, Maganti M. Long-term results of aortic valve-sparing operations for aortic root aneurysm. J Thorac Cardiovasc Surg 2006; 132: 347-54.
29. Beller CJ, Farag M, Wannaku S, Seppelt P, Arif R, Ruhparwar A, et al. Gender-specific differences in outcome of ascending aortic aneurysm surgery. PloS One 2015; 10: e0124461.
30. Nienaber CA, Fattori R, Mehta RH, Richartz BM, Evangelista A, Petzsch M, et al. Gender-Related Differences in Acute Aortic Dissection. Circulation 2004; 109: 3014-21.

ENGLISH SUMMARY

Results of operations for ascending aortic aneurysm in Iceland 2000-2014

Helga Björk Brynjarsdóttir[1], Inga Hlíf Melvinsdóttir[2], Tómas Guðbjartsson[1,3], Arnar Geirsson[3]

Introduction: Thoracic aortic aneurysm (TAA) is an uncommon disease where treatment is complex and associated with significant comorbidity. The main aim of this study was to evaluate the outcomes of operations for TAA in Iceland with emphasis on postoperative complications, 30 day mortality and survival.
Materials and methods: A retrospective study on 105 patients (mean age 60.7 yrs., 69.5% males) that underwent operations for TAA between 2000 and 2014 in Iceland. Patients with aortic injury or acute aortic dissection were excluded. Clinical information was collected from hospital charts and long-term survival estimated by Kaplan-Meier method. Mean follow-up was 5.7 yrs.
Results: Bicuspid aortic valve was present in 52 patients (51.0%) and family history was positive in 10 of the cases (9.5%). Every other patient (50.5%) was asymptomatic and diagnosed incidentally. The most common procedure was aortic root replacement using biological prosthesis. Two out of three patients had complications, that were regarded as major in 31.4% of cases, however, stroke was only detected in 2 (1.9%) patients. Two patients died within 30 days postoperatively (1.9%). The overall survival at one year was 95.1%; more favorable for males compared to females (97.2 vs. 90.4%, p=0.0012, log rank test) and at 5 years 90.3%.
Conclusions: Outcome following surgery for TAA in Iceland is comparable to studies in neighbouring countries. The complications rate is high, however, the stroke rate was low, as was 30 day mortality. Longterm survival is favorable, and is more favorable for males than females.

[1]*Faculty of Medicine, University of Iceland,* [2]*Landspitali University Hospital,* [3]*Department of Cardiothoracic Surgery, Landspitali University Hospital.*

Key words: *Thoracic aortic aneurysm, ascending aorta, open heart surgery, complications, operative mortality, survival.*

Correspondance: *Arnar Geirsson, arnarge@landspitali.is*

STYRKUMSÓKNIR

Rannsóknarsjóður Hjartasjúkdómafélags íslenskra lækna auglýsir eftir styrkumsóknum vegna rannsóknarverkefna sem tengjast hjarta- og æðasjúkdómum. Hægt er að sækja um styrki frá 250.000 og að hámarki 1.000.000 króna. Í umsókn þarf eftirfarandi að koma fram:

1. Titill rannsóknarverkefnis.
2. Nafn umsækjanda og leiðbeinanda ef við á, ásamt því hvar rannsóknarvinnan er unnin.
3. Stutt samantekt um rannsóknarverkefnið.
4. Hversu háan styrk er sótt um og kostnaðaráætlun um hvernig ráðgert er að nota styrkinn.

Styrkumsóknir þarf að senda bréflega til Ragnars Danielsen, Hjartaómunareiningu 13F, Hjartadeild, Landspítala Hringbraut, eða með tölvupósti á *ragnarda@landspitali.is*, fyrir 2. janúar 2017.

Svimi á bráðamóttökunni – vantar okkur klínískan nefið?

Árni Egill Örnólfsson[1] læknir, **Einar Hjaltested**[2] læknir, **Ólöf Birna Margrétardóttir**[3] læknir, **Hannes Petersen**[4,5] læknir

ÁGRIP

Tillgangur: Markmið rannsóknarinnar var að kanna umfang og gæði uppvinnslu sjúklinga með svima á slysa- og bráðadeild Landspítala.
Efniviður og aðferðir: Allar komur á slysa- og bráðadeild á fjögurra mánaða tímabili þar sem svimi var aðalkvörtun sjúklings voru skoðaðar á afturskyggnan hátt. Þættir sem leitað var eftir í sjúkraskrá voru tímalengd einkenna, sjúkdómsgreining, fjöldi rannsókna, rannsóknarniðurstöður og álit sérfræðilækna. Til að einfalda túlkun niðurstaðnanna var rannsóknum skipt í þrjá flokka; blóðprufur, myndgreiningu og álit sérfræðings.
Niðurstöður: Alls fundust 163 tilfelli. 28% greindust með svima frá inneyra og 32% voru útskrifaðir án sjúkdómsgreiningar. Fjögur prósent greindust með alvarlegan miðtaugakerfiskvilla. Í um þriðjungi tilfella voru gerðar rannsóknir úr öllum þremur rannsóknarflokkunum. Bráðatölvusneiðmynd af heila var gerð hjá 40% og segulómun af heila hjá 17%. Fengið var álit taugalækna hjá 28%, háls,- nef- og eyrnalæknis hjá 26% og hjartalæknis hjá 2%. 11,6% (n=19) þessara sjúklinga lögðust inn á spítala, 53% á taugadeild, 42% á lyflæknadeild og 5% á háls,- nef- og eyrnalæknir.
Ályktanir: Svimi er algengt einkenni hjá sjúklingum sem leita til slysa- og bráðadeildar Landspítala. Orsök svima er í flestum tilfellum góðkynja. Uppvinnsla svimasjúklinga er engu að síður oft viðamikil þar sem bráðatölvusneiðmynd af heila er gerð í stórum hluta tilfella.

Inngangur

Margir læknar finna til vanmáttar þegar kemur að því að vinna upp sjúklinga með svima. Líklega er hluti ástæðunnar sú staðreynd að svimi er huglægt einkenni sem getur haft mjög ólíka þýðingu í hugum fólks. Snúningssvimi, óstöðugleiki, yfirliðakennd og jafnvel ósértæk vanlíðan eru dæmi um einkenni sem geta fallið undir kvörtun um svima. Önnur ástæða getur verið sú að þó orsök svima sé oftast góðkynja getur alvarlegur sjúkdómur sem krefst aðkallandi meðferðar legið á bakvið.[1] Það er mikilvægt að þekking og uppvinnsla á vandamálinu sé góð, ekki síst á bráðadeildum þar sem sjúklingar með svima eru stór hluti af öllum komum á bráðamóttöku.[2,3]

Niðurskurður til heilbrigðismála er viðvarandi víða um heim og ekki síst á Íslandi, sem gerir það að verkum að kostnaður í heilbrigðiskerfinu er til stöðugrar endurskoðunar. Eitt af því sem vert er að skoða er uppvinnsla svimasjúklinga sem oft er með þeim hætti að þeir gangast undir óþarfa rannsóknir með auknum kostnaði fyrir heilbrigðiskerfið sem og fyrir þá sjálfa.

Markmið þessarar rannsóknar var að kanna umfang og gæði uppvinnslu sjúklinga með svima á slysa- og bráðadeild Landspítala. Einnig að athuga hvort draga mætti úr kostnaði án þess að draga úr gæðum þjónustunnar.

Efniviður og aðferðir

Skoðað var á afturskyggnan hátt fjögurra mánaða tímabil frá 1. nóvember 2008 til 28. febrúar 2009. Öll tilfelli á slysa- og bráðadeild þar sem svimi var aðalkvörtun sjúklings, samkvæmt NOMESKO-skráningarkerfinu, voru tekin inn í rannsóknina. Farið var yfir sjúkrasögu og rannsóknarniðurstöður en einnig voru skoðaðar endurkomur og viðbótarrannsóknir sem tengdust bráðakomunni, fram til 1. apríl 2009.

Eftirfarandi þættir voru skoðaðir: Kyn og aldur, aðkoma sjúklings, hversu lengi einkenni höfðu staðið, hversu langur tími leið frá komu sjúklings þar til hann hitti lækni, hvaða rannsóknir voru gerðar, álit sérfræðinga, afdrif sjúklings og sjúkdómsgreiningar. Öll gögn voru skráð undir dulkóðun. Tölulegar upplýsingar voru færðar inn í Microsoft Excel þar sem unnið var úr niðurstöðum. Fisher´s exact-próf var notað til að meta tölfræðilega marktækan mun milli hópa. Tölfræðileg marktækni miðast við p-gildi <0,05.

Lögð var sérstök áhersla á þrjá rannsóknarflokka; blóðrannsóknir, myndgreiningu af heila (tölvusneiðmynd eða segulómun) og álit sérfræðinga. Til að einfalda úrvinnslu var fjöldi rannsóknarþátta reiknaður þar sem ein eða fleiri rannsóknir úr hverjum flokki taldist einn þáttur.

Niðurstöður

Þýði og aðkoma

Alls voru 171 tilfelli skráð með svima sem aðalkvörtun á umræddu tímabili. Þetta eru um það bil 4% af öllum komum á slysa- og bráðadeild á tímabilinu. Í tveimur tilfellum var ástæða komu ranglega skráð og í 6 tilfellum fundust engar læknanótur í Sögukerfi vegna komunnar og eru þessi 8 tilfelli ekki tekin með í útreikningum. Niðurstöður byggjast því á 163 komum á slysa- og bráðadeild.

[1]Öron-, näs- och halskliniken, Skånes Universitetssjukhus, Lundi, Svíþjóð, [2]háls-, nef- og eyrnadeild Landpítala, [3]Kirurgkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Gautaborg, Svíþjóð, [4]læknadeild Háskóla Íslands, [5]Sjúkrahúsi Akureyrar.
Fyrirspurnum svarar Árni Örnólfsson *arni.ornolfsson@skane.se*

Höfundar hafa útfyllt eyðublað um hagsmunatengsl.

https://doi.org/10.17992/lbl.2016.12.112

Greinin barst til blaðsins 30. nóvember 2015, samþykkt til birtingar 17. nóvember 2016.

Tafla I. *Aðkoma sjúklinga.*

	Fjöldi tilfella	%
Án tilvísunar	126	77
Tilvísun frá heimilislækni	29	18
Annað	8	5

Annað = Tilvísun frá öðrum sjúkrastofnunum, öðrum deildum Landspítala eða aðkoma ekki þekkt.

Konur voru í meirihluta, 102 tilfelli (63%). Meðalaldur kvenna var 54 (± 20) ár og meðalaldur karla var 50 (± 21) ár. Í 11 tilfellum (7%) höfðu sjúklingar áður leitað á slysa- og bráðadeild vegna svima.

Upplýsingar um aðkomu sjúklinga, tímalengd einkenna, biðtíma eftir lækni og í hvaða stöðu sá læknir var sem fyrst skoðaði sjúkling eru birtar í töflum I-IV.

Rannsóknir

Í 126 tilfellum (77%) voru teknar blóðprufur. Í 62% þessara tilfella fundust einhver afbrigðileg gildi en samkvæmt mati höfunda rannsóknarinnar þóttu þessi afbrigðilegu gildi aðeins í 26% tilfella (33/126) mögulega geta valdið svima (blóðleysi, vökvaskortur, truflun á saltjafnvægi, blóðsykurshækkun, sýkingamerki).

Hjartalínurit var tekið í 69 tilfellum (42%; eðlilegt 76%, ósértækar breytingar 7%, óeðlilegt 17%).

Í 65 tilfellum (40%) voru sjúklingar sendir í tölvusneiðmynd (TS) af heila. Oftast var myndað án skuggaefnis. Allar TS-rannsóknir voru gerðar strax við bráðauppvinnsluna. Í niðurstöðum 6 þessara TS fannst eitthvað óeðlilegt en hins vegar þótti einungis í tveimur tilfellum (2/65; 3%) líklegt að niðurstöðurnar gætu útskýrt svimann. Í öðru tilfellinu hafði sjúklingurinn augljós staðbundin taugaeinkenni. Í 27 tilfellum (17%) var gerð segulómun (SÓ) af heila og hjá þremur einstaklingum var myndunum lýst sem óeðlilegum. Þar af má í tveimur tilfellum (2/27; 12%) ætla að niðurstöður segulómmyndar gætu skýrt einkennin.

Í 20 tilfellum var gerð bæði TS og SÓ.

Tafla II. *Tímalengd einkenna.*

Tími	Fjöldi tilfella	%
<1 klukkustundir	5	3
1-4 klukkustundir	29	18
4-12 klukkustundir	23	14
12-24 klukkustundir	18	11
1-3 dagar	19	12
3-7 dagar	19	12
1-4 vikur	24	14
1-4 mánuðir	2	1
>6 mánuðir	5	3
Ekki þekkt	19	12

Tafla III. *Biðtími eftir lækni.*

	Fjöldi tilfella	%
<1 klukkustundir	72	44
1-4 klukkustundir	59	36
>4 klukkustundir	2	1
Ekki þekkt	30	19

Í þeim tilfellum þar sem hægt var að finna upplýsingar um hversu langur tími leið frá komu sjúklings á bráðamóttöku til fyrstu skoðunar læknis voru 98% skoðaðir innan fjögurra klukkustunda eftir komu.

Álit sérfræðilækna

Leitað var eftir áliti læknis annarrar sérgreinar í 98 skipti, fyrir 80 tilfelli (49%). Oftast var fengið álit taugalæknis (46; 28%) og háls,- nef- og eyrnalæknis (43; 26%). Fengið var álit hjá bæði tauga- og háls,- nef- og eyrnalækni fyrir alls 18 tilfelli (11%). Hjartalæknar gáfu álit þrisvar sinnum (2%) og leitað var til lækna annarra sérgreina í alls 6 skipti (4%). Álit sérfræðinga leiddi til greiningar í 40 tilfellum (50%).

Afdrif sjúklinga

Í langflestum tilfellum voru einstaklingar útskrifaðir heim eftir dvöl á bráðamóttöku (144; 88%). Í 25 tilfellum af þessum voru sjúklingarnir hluta tímans á skammverueiningu bráðadeildarinnar (25/144; 17%). Meðalverutími á bráðamóttöku var 4,3 (± 2,8) klst.

Alls voru 19 sjúklingar lagðir inn á legudeild. Flestir lögðust inn á taugadeild (10/19; 53%), í öllum tilfellum vegna gruns um sjúkdóm í miðtaugakerfi. Fimm af þessum sjúklingum voru síðar greindir með sjúkdóm í miðtaugakerfi eða talið að orsök svimans væri þaðan þó sjúkdómsgreining væri ekki ljós við útskrift. Þrír þessara sjúklinga reyndust hafa svimasjúkdóm frá inneyranu. Einn var talinn hafa svima vegna vökvaskorts og hjá einum var orsök svima óljós við útskrift.

Átta sjúklingar (42%) lögðust inn á deild á lyflækningasviði. Tveir þessara sjúklinga greindust með sýkingar (aðrar en í mið-/inneyra) og svimi talinn tengjast þeim en hinir höfðu hjartatengd vandamál.

Einn sjúklingur (5%) lagðist inn á háls-, nef og eyrnadeild vegna óvenjuslæms tilfellis af góðkynja stöðusvima.

Sjúkdómsgreiningar

Lokasjúkdómsgreiningar sjúklinga eru settar upp í töflu V. Stærstur hluti sjúklinga útskrifaðist án greiningar (32%). Hjá þeim sem fengu greiningu höfðu flestir vandamál frá inneyranu og

Tafla IV. *Fyrsti læknir sem skoðar sjúkling.*

	Fjöldi tilfella	%
Læknanemi	4	3
Aðstoðarlæknir	35	21
Deildarlæknir	83	51
Sérfræðingur	35	21
Ekki þekkt	6	4

Tafla V. *Greining eftir sjúkdómaflokkum.*

Greining	Fjöldi tilfella	%
Óþekkt orsök / engin greining	52	32
Inneyra	46	28
Hjarta (yfirlið/réttstöðulágþrýstingur)	22	14
Miðtaugakerfi	18	11
Geðræn vandamál	10	6
Sýkingar (aðrar en í eyranu)	7	4
Stoðkerfi	5	3
Annað	3	2

var steinaflakk algengasta greiningin (31 tilfelli, 21%). Þegar þessi hópur var skoðaður sérstaklega sást að blóðprufur voru teknar í 65% tilfella, TS af heila í 55% tilfella og SÓ af heila í 10% tilfella. Í 6 tilfellum (6/31; 19%) var sjúkdómsgreiningin steinaflakk sett eftir einungis klíníska skoðun án nokkurra rannsókna. Níu sjúklingar greindust með bólgu í jafnvægistauginni (*vestibularis neuronitis*), fjórir með Ménière's-sjúkdóm og tveir með skerta virkni í jafnvægiskerfinu af óþekktri orsök.

Af þeim 18 tilfellum sem fengu greiningu frá miðtaugakerfinu greindist alvarlegur miðtaugakerfissjúkdómur í 7 tilfellum (4%). Fjórir greindust með slag í litla heila (3%), einn með æxli (<1%) og tveir með MS-sjúkdóm (1%). Aðrar miðtaugakerfisgreiningar voru grunur um skammtímablóðþurrð í heila (TIA) og þau tilfelli þar sem svimi var talinn vera vegna höfuðverkjar. Tímalengd einkenna var allt frá <1 klukkustund og upp í >6 mánuði. Þorri sjúklinganna hafði þó haft einkenni skemur en 7 daga (70%). Sjúklingar sem höfðu haft einkenni >7 daga útskrifuðust oftar án greiningar, 44%, miðað við 26% hjá sjúklingum með einkenni ≤7 daga (p=0,03).

Fjöldi rannsóknarþátta

Skífurit sem sýnir hlutfallslega notkun rannsóknarþáttanna við svimauppvinnslu sést á mynd 1. Þegar borinn var saman hlutfallslegur fjöldi tilfella þar sem sjúklingar voru útskrifaðir án greiningar með tilliti til hversu margir rannsóknarþættir voru notaðir við uppvinnsluna sást enginn marktækur munur milli hópa (p>0,1 í öllum tilfellum). Sjá töflu VI.

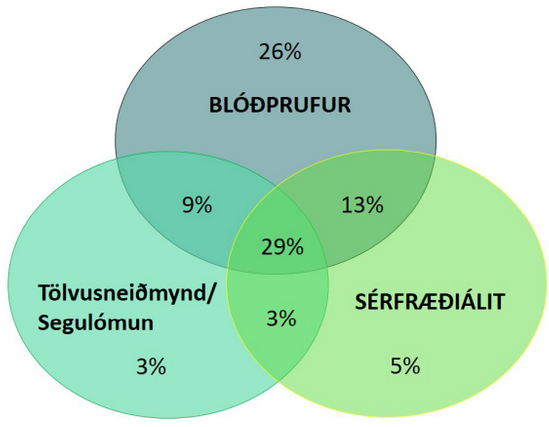
Umræða

Af niðurstöðum okkar er ljóst að uppvinnsla sjúklinga með svima er stór þáttur í starfsemi slysa- og bráðadeildar og að öllu jöfnu gengst þessi sjúklingahópur undir fjölda rannsókna. Hlutfall svimasjúklinga af öllum komum á slysa- og bráðadeild Landspítala er svipað og sést hefur í rannsóknum frá öðrum löndum.[2,3] Hlutfall greininga milli sjúkdómsflokka og hlutfall sjúklinga sem

Tafla VI. *Fjöldi rannsóknarþátta.*

Fjöldi	Greining	Engin greining (%)
0	16	5 (31)
1-2	74	26 (35)
3	73	18 (25)

Mynd 1. *Fjöldi rannsóknarþátta við svimauppvinnslu.*



Hlutfall þeirra tilfella þar sem einn, tveir eða þrír rannsóknarþættir voru notaðir við uppvinnslu sjúklinga með svima. Á myndinni sést að í nær þriðjungi tilfella gengust sjúklingar undir rannsóknir úr öllum þremur rannsóknarflokkunum.

útskrifast án greiningar sem og hlutfall tilfella með alvarlegan miðtaugakerfissjúkdóm sem orsök fyrir svima er einnig álíka og hefur sést í rannsóknum annars staðar.[1,3,5]

Í rannsókninni er greiningin í flestum tilfellum góðkynja. Þrátt fyrir þetta var gerð bráða-TS af heila í 40% tilfella. Í tveimur bandarískum rannsóknum á uppvinnslu svimasjúklinga á bráðamóttöku var upplýsingum safnað frá svipuðu tímabili og í okkar rannsókn. Þar náði hlutfall bráða-TS af heila hjá þessum sjúklingahópi ekki 30% (28%[1] og 27%[2]). Þrátt fyrir töluvert lægra hlutfall tölvusneiðmyndarannsókna af heila en í okkar rannsókn þótti höfundum bandarísku rannsóknarinnar[2] TS af heila heldur ofnotað við svimauppvinnslu. Fjöldi vísindarannsókna hefur sýnt fram á að TS af heila hefur lélegt greiningargildi við uppvinnslu á bráðasvima, umfram allt hjá sjúklingum með svima án annarra taugaeinkenna[2,4-6] og hlutfall falskt neikvæðra TS er hátt, sérstaklega með tilliti til slags í aftari hnakkagróf (*posterior fossa*).[5,7] Einungis um eða undir 1% af sjúklingum með svima án annarra taugaeinkenna greinast með slag eða aðra alvarlega miðtaugakerfissjúkdóma.[1,4,6,8] Í okkar rannsókn var ítarlegum upplýsingum um einkenni ekki safnað, svo sem um staðbundin taugaeinkenni, og því erfitt að meta réttmæti TS í hverju tilfelli fyrir sig. Staðhæfa má þó að steinaflakk sé í flestum tilfellum hægt að greina á tiltölulega einfaldan hátt með klínískri skoðun. Engu að síður var bráða TS-gerð á þessum sjúklingahópi í 55% tilfella. Þetta er umhugsunarvert með tilliti til óþarfrar geislunar sem þessir sjúklingar eru útsettir fyrir og miklum ónauðsynlegum kostnaði fyrir heilbrigðiskerfið. Ástæðan fyrir þessari miklu notkun á TS er án efa hræðsla lækna við að missa af alvarlegum miðtaugakerfiskvillum. Læknar gefa stundum upp sem ástæðu að TS hafi verið gerð til að útiloka blæðingu í litla heila, en sú orsök svima er gífurlega sjaldgæf og því hvorki hagkvæmt kostnaðarlega né í raun forsvaranlegt að nota TS í þessum tilgangi.[4,7] Hættan er hins vegar að tölvusneiðmyndarannsókn af heila sem túlkuð er eðlileg gefi falskt öryggi og leiði til þess að sjúklingum sé ekki fylgt nægilega vel eftir klínískt. Viss hætta er á, þó sjaldgæft sé, að til dæmis slag í litla heila geti valdið alvarlegum afleiðingum, jafnvel dauða, vegna bólgu og aukins þrýstings í miðtaugakerfi. Jafnvel SÓ af

heila getur verið falskt neikvæð við slag, umfram allt í bráðafasanum.[9] Myndgreining af heila hjá sjúklingum með bráðasvima virðist heldur ekki auðvelda læknum að útiloka alvarlegan miðtaugakerfissjúkdóm og komast hjá innlögn heldur þvert á móti hefur bæði TS og SÓ af heila sterka fylgni við að sjúklingur sé lagður inn,[2] þrátt fyrir að meirihluti þessara rannsókna séu neikvæðar.

Vísindalegur grunnur bendir til að TS af heila eigi einungis rétt á sér í sérvöldum tilfellum við bráðauppvinnslu svima. Aukin tíðni myndgreiningarrannsókna af heila hjá sjúklingum með bráðasvima leiðir ekki til aukinnar greiningar á slagi, sérstaklega með tilliti til TS af heila.[2,3] Í okkar rannsókn leiddi uppvinnsla með fleiri rannsóknarþáttum ekki af sér aukinn fjölda sértækra sjúkdómsgreininga. Klínísk skoðun er mikilvægasta verkfærið við mat á sjúklingum með svima. Skoða ber, auk almennrar taugaskoðunar, hvort augntin (*nystagmus*) sé til staðar og ef svo er hvort það ber svip útlægs augntins eða ekki. Við þetta mat er höfuðrykkjapróf (*head impulse test*) besta aðferðin til að greina á milli svima sem á upptök sín í inneyra annars vegar, (aðallega jafnvægistaugarbólga (*vestibularis neuronitis*)) og miðtaugakerfi hins vegar.[5,9] Mjög æskilegt er að nota „video“ eða „Frenzel“ gleraugu við það mat. Leita á að steinaflakki með stöðuprófi (Dix-Hallpike). Einnig gera athugun á hvort augu vísa mishátt (*scew deviation*), sem er mjög ákveðið merki um miðtaugakerfissjúkdóm.[9] Rannsóknir hafa sýnt að óstöðugleiki (*imbalance*), aldur yfir 60 ár og fyrri saga um slag hefur jákvætt forspárgildi fyrir alvarlegan miðtaugakerfissjúkdóm[1,5,8,9] en svimi án staðbundinna taugaeinkenna hefur neikvætt forspárgildi fyrir alvarlegan miðtaugakerfissjúkdóm.[1] Ef hins vegar ekki tekst með klínískri skoðun að útiloka grun um miðtaugakerfissjúkdóm hjá sjúklingum með svima án annarra taugaeinkenna er líklega best að sjúklingum sé fylgt nákvæmlega eftir og ef enginn bati hefur átt sér stað innan tveggja til þriggja sólarhringa sé gerð háskerpu TS eða SÓ af heila.[5,10] Mikilvægt er að þessi vísindalega þekking dreifist meðal lækna og annars heilbrigðisstarfsfólks sem kemur að uppvinnslu sjúklinga með svima. Einnig er mikilvægt að læknar innan þeirra sérgreina sem oftast koma að uppvinnslu svimasjúklinga (bráðalæknar, taugalæknar og háls-, nef- og eyrnalæknar) stilli saman strengi sína og komi á sameiginlegum vinnuferlum fyrir svimasjúklinga.

Yfirgnæfandi meirihluti bráða-TS rannsókna af heila hjá sjúklingum með svima er pantaður af læknum bráðadeilda[6] og gera má ráð fyrir að sú sé einnig raunin á slysa- og bráðadeild Landpítala. Kostnaðurinn við TS af heila (án skuggaefnis) á Landspítala er um það bil 58.000 kr. Á þessu fjögurra mánaða rannsóknartímabili voru gerðar 65 TS hjá svimasjúklingum á slysa- og bráðadeild og kostnaður heilbrigðiskerfisins vegna þeirra því um 3.770.000 kr. Með tilliti til ofangreindra staðreynda má ætla að spara megi nær alla þessa upphæð við bráðauppvinnsluna (með undantekningu þegar staðbundin taugaeinkenni eru til staðar). Hins vegar kæmi til kostnaður við TS/SÓ hjá þeim hópi sem ekki verður betri af sínum einkennum innan tveggja til þriggja sólarhringa. Þetta á helst við í tilfellum þar sem alvarlegur miðtaugakerfissjúkdómur er orsök svima (í okkar rannsókn einungis 7 tilfelli) og því ætti þessi kostnaður einungis að vera brot af því sem mætti spara.

Einn af kostum rannsóknarinnar er að starfsmönnum slysa- og bráðadeildarinnar var ekki tilkynnt að sérstök rannsókn á afdrifum sjúklinga sem leituðu á deildina vegna svima myndi eiga sér stað og ætti rannsóknin því að endurspegla hefðbundna uppvinnslu svimavandamála. Ljóst er að sjúklingar með svima eru algengir á bráðamóttökunni og að uppvinnslan er oft viðamikil. Niðurstöður okkar benda til þess að svimasjúklingar gangist oft undir óhóflegar rannóknir og að líklegast megi einfalda uppvinnsluna til muna án þess að auka hættuna á vangreiningu undirliggjandi orsakar svimans. Styrkleiki rannsóknarinnar er einnig að svimi á bráðamóttökunni var skoðaður í mjög víðu samhengi. Reynt var að meta alla mögulega þætti uppvinnslunar, bæði mismunandi rannsóknir og álit sérfræðilækna sem og endurkomur í allt að 5 mánuði eftir upphaflega komu á bráðamóttökuna.

Óneitanlega er það takmarkandi þáttur við rannsóknina að tilfellin séu metin á afturskyggnan hátt. Í sumum tilfellum var ekki hægt að finna upplýsingar um öll þau atriði sem leitað var eftir í sjúkraskrá sem hamlaði því að gögnum væri safnað á staðlaðan hátt. Í afturskyggnri rannsókn er erfitt að meta réttmæti þess að ákveðnar rannsóknir hafi verið pantaðar eða hvort sjúklingar voru lagðir inn eða ekki. Álit sérfræðings annarrar sérgreinar var í sumum tilfellum gert mörgum dögum eftir komu á bráðadeild þegar klínísk einkenni höfðu hugsanlega að einhverju, eða öllu, leyti gengið yfir. Þetta hefur mögulega haft áhrif á útkomu rannsóknarinnar hvað varðar til dæmis sjúkdómsgreiningar. Aftur á móti teljum við að upplýsingasöfnun okkar um umfang svimauppvinnlu á bráðamóttökunni gefi nokkuð góða mynd af raunveruleikanum. Í töflu IV sést að yfir 70% af sjúklingunum í rannsókninni voru upphaflega skoðaðir af deildarlækni eða sérfræðingi slysa- og bráðadeildarinnar og því ekki hægt að útskýra niðurstöður okkar með því að reynsluminni læknar (aðstoðarlæknar og eða læknanemar) hafi séð um uppvinnsluna í byrjun.

Við túlkum niðurstöður okkar þannig að við uppvinnslu svimasjúklinga á slysa- og bráðadeild Landspítala sé rannsóknum í mörgum tilfellum ofaukið. Blóðprufur og hjartalínurit eru notuð í miklum mæli en samkvæmt okkar mati ættu þessar rannsóknir ekki sjálfkrafa að vera hluti af svimauppvinnslu nema sérstakur grunur leiki á sjúkdómum sem greina má með þessum aðferðum. Í okkar rannsókn voru hjartasjúkdómar og sjúkdómar sem greina má með blóðprufum (til dæmis sýkingar, blóðleysi, truflanir á blóðsöltum, og fleira) mjög sjaldgæf orsök svima. TS af heila á ekki að vera hluti af almennri uppvinnslu sjúklinga með bráðasvima en getur að sjálfsögðu átt rétt á sér í sérvöldum tilfellum eftir ítarlega klíníska skoðun. Við leggjum til að þau einföldu klínísku greiningarpróf sem tiltekin eru hér að ofan gegni lykilhlutverki við að greina svima og skilja á milli útlægs svima og svima vegna sjúkdóms í miðtaugakerfinu. Mikilvægt er að þessi greiningarpróf séu á færi allra þeirra sem koma að greiningu sjúklinga með svima og að álit viðeigandi sérfræðilæknis sé fengið í öllum vafatilfellum.

Heimildir

1. Navi BB, Kamel H, Shah MP, Grossman AW, Wong C, Poisson SN, et al. Rate and predictors of serious neurologic causes of dizziness in the emergency department. Mayo Clin Proc 2012; 87: 1080-8.
2. Kim AS, Sidney S, Klingman JG, Johnston SC. Practice variation in neuroimaging to evaluate dizziness in the ED. Am J Emerg Med 2012; 30: 665-72.
3. Kerber KA, Meurer WJ, West BT, Fendrick AM. Dizziness Presentations in U.S. Emergency Departments, 1995–2004. Acad Emerg Med 2008; 15: 744-50.
4. Wasay M, Dubey N, Bakshi. Dizziness and yield of emergency head CT scan: Is it cost effective. Emerg Med J 2005; 22: 312.
5. Casani AP, Dallan I, Cerchiai N, Lenzi R, Cosottini M, Sellari-Franceschini S. Cerebellar Infarctions Mimicking Acute Peripheral Vertigo: How to Avoid Misdiagnosis? Otolaryngol Head Neck Surg 2013; 148: 475-81.
6. Fakhran S, Alhilali L, Branstetter BF 4th. Yield of CT Angiography and Contrast-Enhanced MR Imaging in Patients with Dizziness. AJNR Am J Neuroradiol 2013; 34: 1077-81.
7. Lawhn-Heath C, Buckle C, Christoforidis G, Straus C. Utility of head CT in the evaluation of vertigo/dizziness in the emergency department. Emerg Radiol 2013; 20: 45-9.
8. Kerber KA, Brown DL, Lisabeth LD, Smith MA, Morgenstern LB. Stroke among patients with dizziness, vertigo, and imbalance in the emergency department: a population-based study. Stroke 2006; 37: 2484-7.
9. Kattah JC, Talkad AV, Wang DZ, Hsieh YH, Newman-Toker DE. HINTS to diagnose stroke in the acute vestibular syndrome: three-step bedside oculomotor examination more sensitive than early MRI diffusion-weighted imaging. Stroke 2009; 40: 3504-10.
10. Braun EM, Tomazic PV, Ropposch T, Nemetz U, Lackner A, Walch C. Misdiagnosis of acute peripheral vestibulopathy in central nervous ischemic infarction. Otol Neurotol 2011; 32: 1518-21.

ENGLISH SUMMARY

Dizziness in the emergency department – do we lack clinical judgment?

Árni Örnólfsson[1], Einar Hjaltested[2], Ólöf Birna Margrétardóttir[3], Hannes Petersen[4,5]

Objectives: The aim of this study was to evaluate the extent and quality of work-up of dizzy patients at the Landspitali Emergency department.
Patients and methods: All cases presenting to the emergency department with the main complaint of dizziness over a period of four months were analyzed retrospectively. Demographics, duration of symptoms, diagnosis and results from investigations and consultations were recorded from medical records. Investigations were categorized to blood tests, brain imaging and consultations to simplify interpretation of the results.
Results: One hundred sixty three cases were identified. 28% were diagnosed with inner ear problem and 32% were discharged without diagnosis. A serious central nervous system cause was found in 4% of cases. About one-third underwent investigations from all of the three investigation categories. An acute CT scan of the brain was obtained in 40% and MRI in 17% of all cases. Consultation was obtained from a neurologist for 28%, ENT for 26% and a cardiologist for 2% of cases. 11.6% (n=19) of the patients were admitted to the hospital, 53% to neurology, 42% to internal medicine and 5% to ENT.
Conclusions: Dizziness is a common complaint in the emergency department and the cause is most often benign. Nevertheless, patients with dizziness routinely undergo extensive workup which often includes acute CT scan of the brain.

[1]Department of Otolaryngology–Head and Neck Surgery, Skånes Universitetssjukhus, Lund, Sweden, [2]Department of Otolaryngology–Head and Neck Surgery, Landspitali, Reykjavik, Iceland, [3]Department of Surgery, Sahlgrenska Universitetsjukhuset, Gothenburg, Sweden, [4]Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Iceland, Reykjavik, Iceland, [5]Akureyri Hospital.

Key words: *vertigo, dizziness, CT, computed tomography, acute, emergency department.*

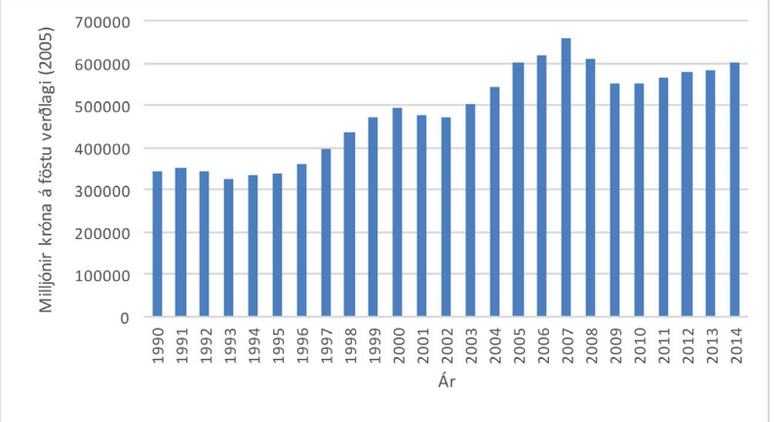
Correspondence: *Árni Örnólfsson, arni.ornolfsson@skane.se*

Leiðrétting

Í nóvemberblaðinu misprentaðist mynd við fræðigrein og biður Læknablaðið höfunda og lesendur velvirðingar á því.

Greinin er: Mænuskaði af völdum slysa á Íslandi á árunum 1975-2014, eftir Eyrúnu Örnu Kristinsdóttur, Sigrúnu Knútsdóttur, Kristin Sigvaldason, Halldór Jónsson jr og Páll E. Ingvarsson .

Hér er rétta myndin:



Mynd 5. *Einkaneysla á Íslandi á árunum 1990-2014.*

Læknadagar eru í góðum höndum



Iceland Travel Ráðstefnur hefur haldið utan um skipulag Læknadaga til margra ára.

Iceland Travel Ráðstefnur sérhæfir sig í skipulagningu, undirbúningi og utanumhaldi ráðstefna og funda.

Nánari upplýsingar um þjónustu okkar er hægt að nálgast á **www.conferences.is**

RÁÐSTEFNUR | FUNDIR | VIÐBURÐIR

Iceland Travel
RÁÐSTEFNUR

Skógarhlíð 12
105 Reykjavík
conferences@icelandtravel.is
www.conferences.is
Sími 585 4200



Orri Þór Ormarsson

barnaskurðlæknir á Landspítala
og í stjórn Læknafélags Íslands

otormarsson@hotmail.com

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ

McKinsey skýrslan

Nýlega kom út svo kölluð McKinsey skýrsla. Velferðarráðuneytið stóð að baki gerð skýrslunnar en viðtöl, greiningarvinna og samantekt niðurstaðna voru unnin af ráðgjafafyrirtækinu McKinsey & Company í nánu samstarfi við ráðuneytið, Embætti landlæknis og Landspítala. Í skýrslunni er hugað að afköstum, rekstrarhagkvæmni og framleiðni vinnuafls á Landspítala. Jafnframt er fjallað um nýtingu fjármuna, gæði þjónustu og samspil hans við aðra hluta heilbrigðiskerfisins. Í skýrslunni er auk inngangs og kafla um aðferðafræði, 6 efnislegir kaflar og ráðleggingar skýrsluhöfunda um úrbætur. Hér er stuttur útdráttur úr skýrslunni og fyrir áhugasama er hún í heild á vefslóðinni: velferdarraduneyti.is/media/skyrslur2016/Lykill-ad-fullnytingu-taekifaera-Landspitalansb.pdf

Inngangur. Frá árinu 1970 hefur hluti heilbrigðisþjónustu af vergri landsframleiðslu tvöfaldast í mörgum aðildarríkjum Efnahags- og framfarastofnunarinnar (OECD) og er nú á milli 7-16%. Á Íslandi náði þetta hlutfall hæst 10,1% árið 2003 en síðan hefur Ísland verið eitt fárra landa þar sem dregið hefur úr þessu hlutfalli. Árið 2014 námu heilbrigðisútgjöld á Íslandi 8,8% af vergri landsframleiðslu. Gæði íslenskrar heilbrigðisþjónustu koma vel út og enn betur þegar þau eru skoðuð í tengslum við útgjöld.

Aðferðafræði. Ákveðið var að bera Landspítala saman við tvö sænsk sjúkrahús: háskólasjúkrahúsið í Umeå og Karolinska háskólasjúkrahúsið þar sem þeim svipar til hans en á ólíkan hátt.

Áætlanagerð og afköst. Umfang veittrar þjónustu hefur minnkað undanfarin ár. Þjónusta hefur færst af legudeildum yfir á göngudeildir og umfang þjónustunnar, mælt í DRG-einingum, því dregist saman. *Ráðleggingar*: gera þarf heildaráætlun um hvaða þjónustu skuli veita á spítalanum og hvað annars staðar.

Rekstrarhagkvæmni og framleiðni vinnuafls. Dregið hefur úr kostnaðarhagkvæmni og þó framleiðni starfsfólks sé mikil fer hún minnkandi. Afköstin eru minni en áður þó stöðugildin séu fleiri og kostnaður meiri. Skýringarnar eru einkum kjarasamningar við heilbrigðisstarfsfólk og að einhverju leyti kostnaðarsamt skipulag starfsmannamála. Meðallegutími sjúklinga er langur. Oft er vísað til skorts á úrræðum fyrir sjúklinga sem tilbúnir eru til útskrifta en bent er á að hægir innri ferlar, þar á meðal við útskriftir sjúklinga, skipta máli. *Ráðleggingar*: aukin fjárframlög ætti að nýta til að fjölga stöðugildum, bæta vinnuskilyrði og þróa þjónustuframboðið. Landspítalinn þarf að skilgreina skýrar mælieiningar og setja sér markmið með tilliti til framleiðni. Bregðast þarf við fráflæðivandanum með því að bæta ferla innan sjúkrahússins.

Vinnuafl og mönnun. Læknar sinna fleiri sjúklingum á stöðugildi en læknar sænsku sjúkrahúsanna. Hlutfall klínísks starfsfólks er lágt og læknar hlutfallslega fáir. Læknahópurinn er ungur og margir af eldri læknunum vinna einungis hlutastörf. Þetta veldur minni getu til að taka klínískar ákvarðanir. *Ráðleggingar*: breyta þarf samsetningu starfsmannahópsins. Fjölga þarf sérfræðilæknum í fullu starfi eða að minnsta kosti auka stöðuhlutfall og viðveru þeirra til að hraða ákvörðunartöku um meðferð og útskriftir sjúklinga.

Gæði. Þótt rekstrarkostnaður og afköst hafi breyst sést lítil breyting á gæðum þjónustunnar. Kröfur stjórnvalda um gæðamælingar eru takmarkaðar og frábrugðnar því sem tíðkast annars staðar á Norðurlöndunum. Einnig er skortur á skýrslugjöf um aðra þætti heilbrigðiskerfisins. Biðlistar hafa lengst jafnt og þétt og þótt verkföllin 2014-2015 hafi haft umtalsverð áhrif á afköst síðustu ára, lengdust biðlistar jafnhratt árin 2011-2013. *Ráðleggingar*: Landspítalinn ætti að setja sér markmið byggð á gæðavísunum.

Hlutverk í heilbrigðiskerfinu. Hlutverk er ekki nógu skýrt. *Ráðleggingar*: allir helstu hagsmunaaðilar (velferðarráðuneytið, Embætti landlæknis, Sjúkratryggingar Íslands, Landspítali og fulltrúar sérfræðilækna og heilsugæslukerfisins) þurfa að samræma sýn sína á hvar og í hvaða umfangi veita skal ólíkar tegundir heilbrigðisþjónustu.

Leiðin fram á við. Lagðar eru til 7 aðgerðir til að styrkja íslenskt heilbrigðiskerfi til framtíðar.

1: Stytta meðallengd innlagna. 2: Efla krafta sérfræðilækna í heilsugæslu, öldrunar- og endurhæfingarþjónustu. Tengja starfsemi Landspítalans betur við starfsemi annarra veitenda heilbrigðisþjónustu. 3: Byggja skipulag þjónustu sérfræðilækna á staðreyndum. 4: Setja ætti reglur um samræmda skráningu (byggða á DRG-kerfinu) á allri heilbrigðisþjónustu. 5: Kanna möguleika á „lóðréttu“ stjórnskipulagi sem felur í sér sameiginlega stjórnun á Landspítalanum, umdæmisspítölum, heilsugæslunni og öldrunarþjónustu. 6: Hagnýta upplýsingatækni betur. 7: Hanna umbótaáætlun með skýrum áföngum og tengja aukin framlög til heilbrigðiskerfisins við hana.

Það eru góðar ábendingar í þessari skýrslu, svo sem að móta þarf heilstæða stefnu um veitingu heilbrigðisþjónustu á landinu öll, tengja þarf betur starfsemi spítalans við aðrar þjónustuaðila auk þess sem auka þarf notkun gæðavísa. Ánægjulegt er að heyra að læknar spítalans afkasta miklu en hugsanlega segir það meira um sænska heilbrigðiskerfið og athyglisvert væri að fá samanburð við önnur lönd svo sem Bretland.

Ýmsar spurningar vakna þó við lesturinn. Ef sjálfstætt starfandi læknar eru fluttir yfir á spítalann til að bæta mönnun þar, hver á þá að sinna stofuvinnu þeirra? Ef hlutfall klínísks starfsfólks á Landspítala er lágt hvers vegna er ekki lagt til að breyta því hlutfalli? Gæti stór hluti vandamála Landspítala verið stjórnunarlegur? Aukin viðvera reyndra sérfræðinga felur í sér að þeir fara aftur í það hlutverk sem þeir voru í í sérnáminu, eru læknar tilbúnir í það? Gæti þetta fælt nýja sérfræðilækna frá?

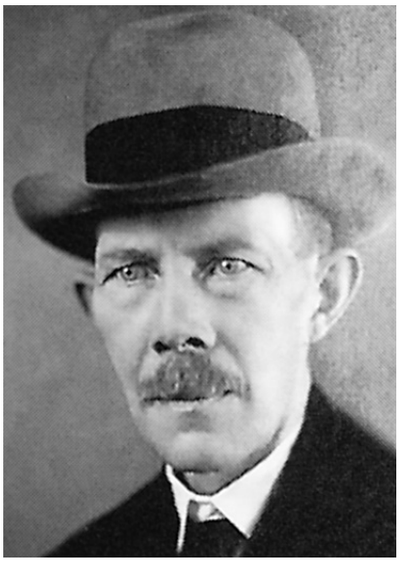
Stjórn LÍ

Þorbjörn Jónsson *formaður*
Orri Þór Ormarsson *varaformaður*
Björn Gunnarsson *gjaldkeri*
Magdalena Ásgeirsdóttir *ritari*
Agnar H. Andrésson
Arna Guðmundsdóttir
Hjalti Már Þórisson
Jóhanna Ósk Jensdóttir
Þórarinn Ingólfsson

Í pistlunum *Úr penna stjórnarmanna LÍ* birta þeir sínar eigin skoðanir en ekki félagsins.

Frumkvöðull á sviði skipulagsmála og lýðheilsu

Endurútgáfa á riti Guðmundar Hannessonar um skipulagsmál



Guðmundur Hannesson (1866-1946)

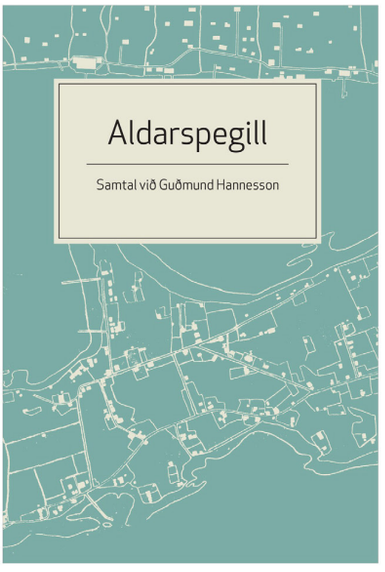
Hávar Sigurjónsson

Í tilefni þess að 100 ár eru liðin frá útkomu ritsins *Um skipulag bæja* eftir Guðmund Hannesson prófessor og lækni hafa Skipulagsstofnun ríkisins og Hið íslenska bókmenntafélag tekið höndum saman og endurútgefið ritið. Þá eru einnig af þessu tilefni gefnar út 5 ritgerðir sem nefnast Samtal við Guðmund Hannesson og eru eftir 6 höfunda og eru nokkurs konar aldarspegill þar sem hugmyndir Guðmundar eru skoðaðar með augum nútímans. Munu þær hafa staðist tímans tönn með ágætum. *Læknablaðið* ræddi við tvo höfundanna, þau Ásdísi Hlökk Theodórsdóttur skipulagsstjóra sem einnig ritstýrði útgáfunni og Pétur Ármannsson arkitekt.

Ásdís Hlökk: Okkur á Skipulagsstofnun fannst full ástæða til að minnast þess með viðeigandi hætti að í ár eru hundrað ár liðin síðan ritið *Um skipulag bæja* eftir Guðmund Hannesson kom út. Þetta hefur reynst grundvallarrit í skipulagsmálum hér á Íslandi þó það sé ekki mikið að vöxtum og þrátt fyrir allar þær breytingar sem orðið hafa á samfélagi okkar hvað varðar búsetu og fleira þá er þetta rit enn í dag merkilega áhugaverð lesning sem á erindi við okkur. Við viljum því gjarnan að þetta verk lifi í hugum og vitund þeirra sem vinna að skipulagsmálum og vilja skilja sögulega þróun byggðar og skipulagsmála. Jafnframt vildum við samhliða þessari endurútgáfu birta sjónarmið samtíma okkar og fengum því nokkra valda aðila til að skrifa greinar sem töluðu jafnt til Guðmundar sem samtímans og tengja þannig saman fortíð og nútíð. Þetta eru því tvö rit sem gefin eru út saman, annars vegar rit Guðmundar og hins vegar safn 5 greina. Í fjórum þeirra eru tekin fyrir þau þemu sem Guðmundur fjallar um í riti sínu, en hans styrkur liggur ekki síst í því hve hann leit á skipulagsmál frá víðu sjónarhorni. Pétur H. Ármannsson fjallar um hönnun og húsagerðarlist, sjálf fjalla ég um form og þróun bæjanna, Dagur B. Eggertsson skrifar um lýðheilsumál tengd skipulagi og Salvör Jónsdóttir fjallar um efnahagslega og félagslega þætti skipulagsmála. Síðan skrifa hjónin Sigrún









„Áhrif Guðmundar eru meiri en flestra annarra á þessum vettvangi hér á landi og því er full ástæða til að minnast þess með endurútgáfu þessa merka rits,“ segja þau Ásdís Hlökk Theodórsdóttir og Pétur Ármannsson um Guðmund Hannesson.

Magnúsdóttir og Páll Pétursson grein um lífsferil Guðmundar en hann var afabróðir Páls.

Óþreytandi að kynna sér nýjungar

Guðmundur var samtímamaður Guðjóns Samúelssonar fyrsta húsameistara ríkisins og ásamt fleirum lögðu þeir grunninn að skipulagi þéttbýlis á Íslandi á 20. öld.

Pétur: Kynslóð Guðmundar tekur Ísland útúr miðöldum og beint inn í nútímann á örfáum árum má segja. Hann er alinn upp í torfbæ í íslenskri sveit en er settur til mennta og nýtir það tækifæri vel og lærir læknisfræði í Kaupmannahöfn. Þar kemst hann í snertingu við nútímaborgina og ýmisleg heilbrigðisvandamál sem voru afleiðing af búsetu fólks. Þannig fæðist snemma með honum sú hugsun að allt ytra umhverfi, skipulag þéttbýlis og ástand húsnæðis sé mikilvægt lýðheilsumál. Þetta verður grunnurinn að hans áhuga á skipulagsmálum. Hann byrjar sinn læknisferil á Sauðárkróki og fer þaðan til Akureyrar og starfar við mjög frumstæðar aðstæður. Á einum stað segir hann að ekki geti orðið neinar framfarir í heilsufari landsmanna nema húsakostur sé bættur. Hann gerir sér manna best grein fyrir því að ekki var framtíð í áframhaldandi búsetu í torfbæjunum. Hann er einn af þeim sem leiðir Ísland inn í steinsteypuöldina. Hann beitir sér fyrir byggingu nýs sjúkrahúss á Akureyri og réði miklu um hönnun þess. Hann byggir sér einnig íbúðarhús á Akureyri og ræður þar miklu um gerð þess og útlit. Þetta var timburhús og hið fyrsta í svokölluðum sveitserstíl, í kjölfarið risu timburhús sem setja í dag svo mikinn svip á Akureyri, má nefna hús Menntaskólans og Samkomuhúsið sem glæsilegustu dæmin. Síðan flyst hann til Reykjavíkur og verður prófessor við læknadeild nýstofnaðs Háskóla Íslands. Þar gefst honum tækifæri til að sinna betur fræðslu um lýðheilsu og húsakost og skrifar bæði greinar og leiðbeinandi rit um þessi efni á næstu árum. Hann byggir sér hús á Hverfisgötu 12, á horni Hverfisgötu og Ingólfsstrætis, og nú úr steinsteypu, um það bil þegar steinsteypuöldin var að ganga í garð. Einangrun steinhúsa var honum mikið áhugamál enda var það eitt helsta vandamálið lengi framan af 20. öldinni hve köld þau voru. Það sem vekur mesta athygli við Guðmund og skrif hans er hversu yfirgripsmikil þekking hans hefur verið og hversu óþreytandi hann var að kynna sér allt það nýjasta sem var á döfinni í skipulagsmálum erlendis. Rit hans *Um skipulag bæja* var byggt á því allra nýjasta og framsæknasta í skipulagsmálum í löndunum í kringum okkur. Með þessu einhendir hann Íslandi beinlínis úr engu yfir í það allra nýjasta sem var á döfinni í hugmyndafræði skipulagsmála í Vestur-Evrópu. Styrkur Guðmundar var einnig fólginn í því hversu hagsýnn hann var og það er stórmerkilegt hversu vel honum tekst að laga þessar hugmyndir að íslenskum aðstæðum og gera þær framkvæmanlegar. Í skrifum hans endurspeglast fjölþætt reynsla og þekking; vísindaleg nákvæmni læknisins, verkleg reynsla húsasmiðsins, fegurðartilfinning arkitektsins, alþjóðleg sýn skipulagsfræðingins og svo umbótavilji stjórnmálamannsins en síðast en ekki síst hæfileiki kennarans til að miðla þekkingu sinni.

Fóru um landið og skipulögðu kauptún og sjávarþorp

Er þetta ekki liðin tíð að einhver geti stigið fram með þessum hætti og haft skoðanir á svona mörgum faglegum málefnum? Verða menn ekki að vera sérfræðingar til að tekið sé mark á þeim í dag?

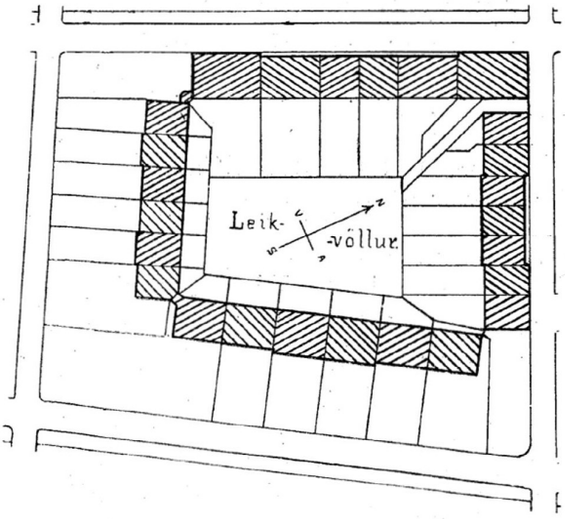
Ásdís Hlökk: Jú, þessi tími er liðinn en í því fámennissamfélagi sem Ísland var fyrir 100 árum verður hlutur svona hæfra og afkastamikilla einstaklinga svo stór.

Viðbrögð við riti Guðmundar voru mjög jákvæð. Sem dæmi þá liggja eftir ritdómar eftir bæði Guðjón Samúelsson og Rögnvald Ólafsson sem báðir hrósa ritinu. Guðmundur fær síðan ómetanlegt tækifæri til að hrinda hugmyndum sínum í framkvæmd með því að vera fenginn til að taka þátt í að semja fyrstu skipulagslögin sem eru samþykkt 1921 og er síðan skipaður í fyrstu skipulagsnefnd ríkisins ásamt Guðjóni Samúelssyni nýskipuðum húsameistara ríkisins og Geir Zoëga vegamálastjóra. Þeir fara um landið og skipuleggja kauptún og sjávarþorp þar sem hugmyndir Guðmundar eru lagðar til grundvallar.



28. mynd. Byggingareitur á Ísafirði.

Sundurlaus húsaskipun, mjög óregluleg og óhentug.



29. mynd. Sami byggingareitur og á 28. mynd, með jafnmikilli byggingu og óslitinni raðabygging.

Heillegar lóðir, *sem vita vel við sól.* Í horninu efst til hægri sjest, hve litla lóð hornhúsin fá. Á hinum hornunum er þeim slept, Leikvöllur fyrir börn í miðjum garðinum.

Margar hugmynda Guðmundar náðu fram að ganga en hér lagði hann til breytingu á skipulagi Eyrarinnar á Ísafirði. Ekki varð af þeim áætlunum og timburhúsabyggðin á Eyrinni er enn á sínum stað.

Auðvitað er svo misjafnt hversu mikið af tillögum þeirra urðu að veruleika enda breyttist samfélagið hratt á næstu áratugum og efnahagsástand réði miklu um uppbyggingu bæjanna. Í Reykjavík má sjá skýr merki um hugmyndir Guðmundar í þeim hverfum borgarinnar sem voru að byggjast upp á þessum árum. Má til dæmis nefna austasta hluta Þingholtanna og Vesturbæ norðan Hringbrautar. Annars staðar þar sem eldri byggð var fyrir og þeir félagar vildu breyta og fjarlægja eldri hús, urðu áhrifin víða minni. Þar má nefna Eyrina á Ísafirði þar sem þeir vildu fjarlægja hina óreglulegu timburhúsabyggð en af því varð aldrei og lítið byggt eftir þeirra tillögum.

Skipulags- og samgöngumál hafa á undangenginni öld farið í gegnum ýmsar vendingar og oft með mikla áherslu á tæknileg atriði á kostnað fagurfræði og félagslegra og efnahagslegra þátta í þéttbýlissamfélaginu en Guðmundur lagði áherslu á samþættingu allra þessara þátta. Nú erum við í vissum skilningi komin aftur á upphafsreit að því leyti að skipulagsfræðingar og borgarhönnuðir hafa á síðustu árum og áratugum leitað í auknum mæli aftur til þeirra hugmynda sem settar voru fram um aldamótin 1900, til þeirra kenninga sem Guðmundur var frumkvöðull að því að kynna hér á landi.

Sá ekki fyrir uppgang einkabílsins

Pétur: Í hugmyndum sínum um lýðheilsu hugsaði Guðmundur ekki eingöngu um líkamlega heilsu borgaranna heldur einnig andlega vellíðan. Hann leggur því mikla áherslu á fagurfræði skipulags og bygginga þannig að fólki líði vel í almenningsrýmum borgarinnar. Það er einnig vert að geta þess að hugmyndir Guðmundar og Guðjóns vöktu töluverða athygli erlendis. Þeir fóru í fyrirlestraferðir þar sem þeir kynntu hugmyndir sínar og skipulagsforkólfar komu hingað erlendis frá og kynntu sér hvernig tillögur þeirra birtust í framkvæmd.

Ásdís Hlökk: Það má velta fyrir sér hvort til sé eitthvað sem kalla mætti íslenska bæjarmynd og ef hún er til, þá hve mikil áhrif hugmyndir Guðmundar Hannessonar og Guðjóns Samúelssonar hafa haft á hana. Þeir höfðu einstakt tækifæri til að móta hugmyndir okkar um skipulag íslensks þéttbýlis. Þótt áhrif þeirra séu víða skýr verða áhrif þeirra minni þegar frá líður vegna þess hversu miklar breytingar verða í samfélaginu um og upp úr miðri síðustu öld. Þeir sáu til dæmis ekki fyrir hversu stórt hlutverk einkabíllinn myndi hafa í skipulags- og samgöngumálum. Þannig sáu þeir fyrir sér Reykjavík byggjast upp innan Hringbrautar (nú Hringbraut og Snorrabraut) með járnbraut meðfram byggðarmörkum. Reykjavík líkt og margir íslenskir bæir gekk í gegnum mikla uppbyggingu á eftirstríðsárunum þar sem fyrirkomulag byggðar og samgöngulausnir í anda módernismans og bílmiðaðs skipulags eru mjög áberandi í bæjarmyndinni.

Pétur: Guðmundur náði engu að síður mjög miklu fram sem hugmyndafræðingur um skipulagsmál og lýðheilsu, bæði sem höfundur þessa rits, sem einn aðalhöfunda fyrstu skipulagslaganna og síðan með setu sinni í nær tvo áratugi í skipulagsnefnd ríkisins.

Ásdís Hlökk: Áhrif Guðmundar eru meiri en flestra annarra á þessum vettvangi hér á landi og því er full ástæða til að minnast þess með endurútgáfu þessa merka rits.

Ég er stutt, grönn og fylgi straumnum



Kynnist NovoFine® Plus:

32G 4 mm nálinni, sem gerir inndælingar þægilegri[1]

Afar stutt og afar grönn

32G 4 mm nálin veldur minni óþægindum[2]

Betra flæði, hraðari inndæling

Hönnuð með SuperFlow™-tækni inni í barkanum og gerir inndælingu hraðari og auðveldari[1]

Alhliða

Passar á flesta lyfjapenna

Panta nr. á NovoFine Plus vnr. 912929 er á sala á lækningavörulista Vistor hf. sími 412 7500

[1] Samantekt á eiginleikum lyfs nr. 3

notkun:
1. Undirbúðu stungustað með sótthreinsandi efni og leyfðu honum að þorna.
2. Dragðu upp [illegible] í sprautuna sem [illegible] [illegible]

Markaðsleyfishafi

vistor

NovoFine® Plus



„Teljum það ótvíræðan árangur ef einhver áttar sig á því að vandi hans er viðráðanlegur og hægt að sækja sér hjálp," segir Steinn Halldórsson formaður Hugrúnar.

Ótvíræð þörf fyrir fræðslu

Segir Steinn Halldórsson formaður geðfræðslufélagsins Hugrúnar

Hávar Sigurjónsson

„Hugrún er geðfræðslufélag nema í heilbrigðisvísindum við Háskóla Íslands og er byggt á sömu hugmyndafræði og kynfræðslufélagið Ástráður sem læknanemar hafa starfrækt um nokkurra ára skeið," segir Steinn Halldórsson læknanemi á 6. ári og formaður Hugrúnar.

Steinn segir að fræðslan sé ætluð framhaldsskólanemum og fari fram með þeim hætti að tveir fulltrúar Hugrúnar fara í framhaldsskólana með fyrirlestur og umræður um efnið í kjölfarið. „Við leggjum aðaláhersluna á þennan hóp til að byrja með en í stefnuyfirlýsingu Hugrúnar segir að markmið félagsins sé að fræða ungt fólk á Íslandi um geðsjúkdóma og geðheilbrigði. Markmiðið er í rauninni tvíþætt; að draga úr fordómum gagnvart geðsjúkdómum og geðfötluðum og að fræða um geðrækt því margt ungt fólk sem glímir við geðræn vandamál áttar sig ekki á því og leitar sér því ekki viðeigandi aðstoðar."

Fyrirlestrar og umræður í framhaldskólum

Steinn segir að í vetur fari fulltrúar Hugrúnar og fræði og ræði við nemendur fyrsta bekkjar framhaldsskólanna. „Við reynum að fara í alla framhaldsskólana á Stór-Reykjavíkursvæðinu og einnig þá sem eru í sveitarfélögunum í kring, eins og Selfoss og Akranes. Við erum nýbúin að fara austur á Egilsstaði og erum tilbúin að fara hvert á land sem er ef skólarnir taka þátt í kostnaði við ferðirnar. Fyrirkomulag heimsóknanna er með þeim hætti að fyrirlesararnir fara í gegnum ákveðið efni, ákveðna fræðslu en mikilvægasti þátturinn felst í umræðunum sem fylgja í kjölfarið og þar kemur mjög skýrt í ljós hvað þörfin fyrir þessa fræðslu er mikil. Krakkarnir spyrja mikið um einkenni kvíða og þunglyndis og við reynum að svara spurningum eins og: eru allir sem finna fyrir depurð þunglyndir? Eða eru allir sem eru stressaðir fyrir próf með kvíðasjúkdóm? Tilgangurinn er að fá þau til að velta fyrir sér að andleg líðan getur verið góð eða slæm eftir atvikum og stundum sjúkleg og stundum ekki, til dæmis geta verið eðlilegar ástæður fyrir tímabundinni depurð en það er ekki eðlilegt að vera dapur langtímum saman og finnast lífið alltaf ömurlegt. Meginhersla okkar er á kvíða og þunglyndi en við komum einnig inn á geðhvarfasýki, átröskun og fíknisjúkdóma en þekking krakkanna á þessum sjúkdómum er skiljanlega fremur takmörkuð."

Steinn segir reynsluna í haust af fyrirlestrunum og undirtektum krakkanna vera mjög góða. „Það hefur eiginlega komið okkur á óvart hversu tilbúnir krakkarnir eru til að tjá sig um persónuleg mál og



Guðrún Karlsdóttir og Arna Ýr Karelsdóttir læknanemar á 1. ári flytja Hugrúnarfyrirlestur í Borgarholtsskóla.

segja óhikað frá því að einhver í fjölskyldu þeirra hafi glímt við geðsjúkdóm. Þau hafa líka komið til okkar eftir fyrirlesturinn og viljað fá nánari skýringar eða leiðbeiningar. Okkar hlutverk er að sjálfsögðu ekki að veita einstaklingum ráðgjöf en við getum bent á hvaða leiðir eru færar og teljum það ótvíræðan árangur ef einhver áttar sig á því að vandi hans er viðráðanlegur og hægt að sækja sér hjálp.“

Mikilvægt að huga að andlegri heilsu

Embætti landlæknis stóð að svipuðu fræðsluátaki fyrir nokkrum árum og bauð upp á svörunarþjónustu í kjölfarið þar sem hægt var að senda inn fyrirspurnir á tölvupósti. „Við höfum hugsað okkur að bjóða upp á sams konar þjónustu og erum að setja upp heimasíðu með upplýsingum og svörunarþjónustu, *gedfraedsla.is*, og hún fer í loftið mjög bráðlega.“

Hugrún er samstarfsverkefni nema við HÍ í læknisfræði, hjúkrunarfræði og sálfræði en að sögn Steins er félagið opið öllum nemum innan HÍ sem hafa áhuga á að starfa með því. „Hugmyndin um geðfræðslu fyrir ungt fólk hefur verið á sveimi nokkuð lengi en í fyrravetur var ákveðið í stjórn Félags læknanema að hrinda henni í framkvæmd. Sæmundur Rögnvaldsson þáverandi formaður félags læknanema spurði mig hvort ég væri tilbúinn að taka þetta að mér og ásamt fleira góðu fólki var farið í að undirbúa stofnun félagsins og í kjölfarið var boðað til stofnfundar Hugrúnar í apríl síðastliðnum. Við héldum fræðslukvöld sem var mjög vel sótt enda viljum við standa vel að þessu og undirbúa fyrirlesarana okkar vel áður en þeir fara út í skólana. Við höfum því lagt mikla vinnu í að útbúa námsefnið, þjálfa fyrirlesarana og svo allt annað sem þarf að gera til að reka svona félag. Við höfum notið ráðgjafar hjá geðhjúkrunarfræðingum, sálfræðingum og geðlæknum og ýmsir fleiri hafa gefið okkur góð ráð enda viljum við að efnið sé bæði rétt og gagnlegt.“

Steinn segir að þrátt fyrir mjög vaxandi vitund um geðsjúkdóma í samfélaginu sé ótvíræð þörf fyrir fræðslu meðal ungs fólks. „Kvíði og þunglyndi fara vaxandi hjá ungu fólki og það er mikilvægt að ná til þess með fræðslu um það hversu mikilvæg geðrækt og góð geðheilsa eru. Að það sé jafn mikilvægt að huga að andlegri heilsu sinni og líkamlegri.“

Ekki eitt, ekki tvennt, heldur þrennt

Erna Sif Óskarsdóttir er ein af þessum konum sem virðast geta allt

Hávar Sigurjónsson

Á árlegu þingi samtaka evrópskra lyflækna vann Erna Sif Óskarsdóttir læknanemi á 6. ári fyrstu verðlaun fyrir besta ágrip á veggspjaldi. Erna Sif hóf nám í læknisfræði haustið 2011 en stundaði samhliða nám í næringarfræði og lauk mastersprófi í þeirri grein fyrir réttum tveimur árum. Áður hafði hún stundað flugnám og öðlast atvinnuflugmannsréttindi.

„Þetta var þriðja árs verkefnið mitt í læknisfræðinni og var reyndar hluti af stærra rannsóknarverkefni sem Þórarinn Árni Bjarnason deildarlæknir var að vinna undir handleiðslu Karls Andersen hjartasérfræðings," segir Erna Sif.

„Þórarinn Árni auglýsti eftir læknanemum til að starfa við rannsóknina þegar ég var á öðru ári og við vorum þrjú sem réðumst til hans. Okkar hlutverk var að kalla fólk í rannsóknina, taka blóðprufur og skrá niðurstöður. Við ákváðum síðan öll þrjú að gera okkar þriðja árs verkefni út frá þessari stóru rannsókn Þórarins Árna."

Þriðja árs verkefnið má líta á sem BS-verkefni læknanema enda verða ákveðin þáttaskil í náminu eftir þriðja árið. Erna Sif segir að misjafnt sé hvernig læknanemar vinni verkefnið, „Þetta er 18 eininga verkefni sem unnið er á síðari önn þriðja ársins. Sumir gera eigin rannsókn en sumir vinna með gögn frá öðrum og í lok námsársins eru verkefnin kynnt og þar með er því oftast nær lokið. En við héldum áfram með okkar verkefni og höfum bætt við það jafnt og þétt og erum nú búin að kynna það á þremur ráðstefnum lyflækna að þeirri síðustu meðtalinni. Í fyrra fórum við til Glasgow og Tallin og núna í haust til Amsterdam."

Auk Ernu Sifjar eru það Linda Björk Kristinsdóttir og Steinar Orri Hafþórsson sem unnið hafa að rannsókninni undir handleiðslu Karls Andersen og Þórarins Árna en hvert þeirra um sig valdi sér eigin leið út frá meginrannsókninni.

Tengsl D-vítamíns við sykurþol

„Í stóru rannsókninni var Þórarinn Árni að skoða sjúklinga sem komu inn á hjartadeildina með brátt kransæðaeinkenni og sykurþol hjá þeim. Mitt verkefni snerist um að rannsaka hvort finna mætti samband á milli styrks D-vítamíns í blóði og sykurþols hjá þessum sjúklingahópi. Samkvæmt fyrstu niðurstöðum, sem náðu til rúmlega 100 sjúklinga, kom í ljós að því lakari sem D-vítamínbúskapurinn var, því meiri líkur voru á að sykurefnaskiptin væru óeðlileg; annaðhvort forstigseinkenni sykursýki eða sjúklingurinn var með áður ógreinda sykursýki af tegund tvö. Síðan eigum við gögn yfir töluvert fleiri sjúklinga sem ég er að vinna úr núna tölfræðilega og er með grein í vinnslu. Af þessum fyrsta sjúklingahópi voru aðeins 28% með eðlileg sykurefnaskipti en við vorum einnig búin að útiloka þá sem voru með áður greinda sykursýki. Hlutfall þeirra sem voru með óeðlileg sykurefnaskipti er því nokkuð hærra en í almennu þýði. Vissulega þarf að rannsaka þetta mun betur en það má velta því fyrir sér hvort D-vítamíngjöf til þessara sjúklinga myndi draga úr þróun sykursýki og vera þá eins konar forvörn. Það þyrfti þó að skoðast vandlega."

Erna Sif segir að þetta hafi ekki verið rannsakað áður hjá þessum tiltekna sjúklingahópi en vissulega hafi tengsl D-vítamíns við sykurbúskap líkamans verið rannsökuð. „Niðurstöður eru reyndar nokkuð misvísandi en margar aðrar rannsóknir hafa sýnt svipaðar niðurstöður. "

Veggspjald Ernu Sifjar um niðurstöður rannsóknarinnar var samþykkt inn á sýningu ráðstefnunnar í Amsterdam. „Tíu dögum fyrir ráðstefnuna var svo hringt í mig og mér tilkynnt að veggspjaldið mitt hefði verið valið eitt af þremur bestu og ég beðin um að halda 10 mínútna fyrirlestur um efni rannsóknarinnar. Sem ég og gerði ásamt tveimur öðrum. Daginn eftir var síðan tilkynnt hver væri sigurvegari af þessum þremur. Þetta var frábær viðurkenning fyrst og fremst en henni fylgdi þessi fína karfa með hollensku sælgæti, virðulegt viðurkenningarskjal og verðlaunafé að upphæð 500 evrur."

Veggspjald af þessu tagi er sannarlega ekki eins og hvert annað plaggat á vegg heldur úthugsuð lýsing í fáum orðum á yfirleitt mjög flóknu efni. „Það getur verið meiriháttar höfuðverkur að koma efni rannsóknar frá sér í til dæmis 250 orðum enda oft erfiðara að skrifa stuttan og skýran texta heldur en langan. Það er kannski galdurinn við gott veggspjald að það sé skýrt og öll efnisatriði komist til skila þrátt fyrir knappan texta. Uppsetningin skiptir



„Verkefnið snerist um að rannsaka hvort finna mætti samband á milli D-vítamíns í blóði og sykurþols hjá sjúklingum með bráð kransæðaeinkenni," segir Erna Sif Óskarsdóttir.

að sjálfsögðu einnig máli og svo kannski síðast en ekki síst að efnið sé áhugavert."

Atvinnuflugmaður og næringarfræðingur

Erna Sif verður að teljast ein af þessum íslensku ofurkonum sem virðast geta allt sem þær taka sér fyrir hendur. Hún er að ljúka læknisfræðinámi frá Háskóla Íslands næsta vor en áður en hún hóf nám í læknisfræðinni var hún langt komin í námi í næringarfræði og gerði sér reyndar lítið fyrir og lauk BS-prófi samhliða fyrsta ári í læknisfræðinni og hélt síðan áfram og lauk mastersgráðu í næringarfræði í desember 2014. Hvernig fer hún að þessu?

„Ég á góða að," segir hún og brosir og mikilvægi þess verður skiljanlegra þegar fram kemur að hún er þriggja barna móðir og með atvinnuflugmannsréttindi að auki. Byrjum bara á byrjuninni.

„Ég lauk stúdentsprófi í desember 2004 og hafði átt elsta barnið mitt tveimur árum áður. Á þessum tíma var ég ákveðin í að verða flugmaður og tók allan pakkann á næstu árum. Fyrst einkaflugmannsprófið, síðan atvinnuflugmannsréttindi, áhafnarsamstarf og loks flugkennararéttindi. Þetta var mjög skemmtilegur tími sem endaði á því að við fórum út til Flórída fjölskyldan í þrjá mánuði í byrjun árs 2008 þar sem ég var að safna mér flugtímum.

Ég var sem sagt nýbúin með þetta allt saman og tilbúin að hefja feril sem flugmaður þegar hrunið skall á haustið 2008. Atvinnuhorfur fyrir nýja flugmenn á þeim tíma voru vægast sagt slæmar og ég hefði sjálfsagt ekkert fengið að gera hér heima í fluginu enda verið að skera niður á öllum póstum. Ég var síðan í fæðingarorlofi með yngsta barnið haustið 2009 og ákvað þá að taka nokkra kúrsa í næringarfræði í HÍ um veturinn. Þetta var í upphafi hugsað af minni hálfu til að brúa bilið þar til ég fengi starf í fluginu hér heima en ég var ekki tilbúin að flytja til útlanda með þrjú börn til að starfa sem flugmaður. En ég fann mig vel í næringarfræðinni og mestan áhuga hafði ég á þeim fögum sem tengdust læknisfræðinni og eftir tvö ár í næringarfræðinni lét ég slag standa og tók inntökuprófið í læknisfræðina. Það gekk bara vel og ég hóf nám í læknadeildinni haustið 2011."

Og hvað ætlar svo flugmaðurinn, næringarfræðingurinn og læknirinn Erna Sif að starfa við?

„Ég ætla að verða læknir, það er ekki spurning. Ég á ekki von á því að starfa sem flugmaður heldur fljúga mér til ánægju þegar tækifæri gefst. Næringarfræðin er góð viðbót við læknisfræðina og á eflaust eftir nýtast mér vel í læknisstarfinu."

Leit að blóði í hægðum eða ristilspeglun?



Ásgeir Theodórs
meltingarlæknir
og sérfræðingur í
heilbrigðisstjórnun
atheodor@simnet.is



Tryggvi Björn Stefánsson
klínískur dósent,
sérfræðingur
í almennum
skurðlækningum
tryggvi@simnet.is

Skimun eftir krabbameini í ristli og endaþarmi hefur verið til umræðu hér á landi síðastliðin 30 ár. Á þeim tíma hafa orðið miklar framfarir í skimunaraðferðum sem hafa aukið næmi og sértæki aðferðanna. Stórstígar framfarir eru í ristilspeglunum varðandi myndgerð, tæknibúnað og þjálfun þeirra lækna sem framkvæma skoðanirnar. Ný efni hafa einnig valdið framförum við leit að blóði í hægðum. Þegar valið er á milli aðferða við skimun skiptir miklu að skilgreina vel heilsuhagsfræðileg markmið hennar.

Heilbrigðisráðuneytið hefur falið Krabbameinsfélagi Íslands að stjórna skimun eftir krabbameini í ristli og endaþarmi. Þar á að fylgja ráðleggingum nefndar landlæknis um skimun frá 2008 og tillögu Krabbameinsfélags Íslands. Í þeim tillögum er ráðlögð leit að blóði í hægðum með FIT (*feacal immunochemical test*) og ristilspeglun hjá þeim sem eru jákvæðir. Leitin mun verða gerð hjá einkennalausum 60-69 ára einstaklingum. Markmið þessarar tillögu og heilsuhagfræðilegur árangur eru mjög óljós.

Ristilskimun, félag sérfræðinga og áhugamanna um skimun eftir krabbameini í ristli og endaþarmi, hefur hins vegar lagt fram þá tillögu að skima beint með ristilspeglun alla sem eru 55 ára og 60 ára í 5 ár og eftir það bara 55 ára árganginn. Tillögu Ristilskimunar sem hefur skýr heilsuhagfræðileg markmið hefur verið hafnað af heilbrigðisyfirvöldum.

Krabbamein í ristli og endaþarmi myndast í 80-90% tilfella í kirtilæxlum (*adenoma*) sem er hægt að fjarlægja í ristilspeglun. Helmingur þeirra sem greinast vegna einkenna hafa dreifðan sjúkdóm. Mikilvægt er því að leita að sjúkdómnum hjá einkennalausum einstaklingum til þess að finna krabbameinið á læknanlegu stigi.

Til ársins 2060 mun mannfjöldi á Íslandi aukast um 40% en fjöldi krabbameina í ristli og endaþarmi um 100%. Ástæðan fyrir þessum mismun er að meiri fjölgun verður í eldri aldursflokkum þjóðarinnar. Aukinn fjöldi aldraða mun valda auknum kostnaði af meðferð.

Áætlaður kostnaður (beinn og óbeinn) vegna þessa krabbameins er 3000 miljónir króna á ári. Kostnaður til ársins 2060 með óbreyttri aldursdreifingu verður miðað við það um 135 milljarðar króna.

Hópskimun þar sem leitað er að blóði í hægðum er talin geta lækkað dánartíðni. Til eru rannsóknir á guaiacprófum (Hemoccult, Hemoccult II og HemoccultSensa) þar sem leitað er að blóði í hægðum sem sýna 14% lækkun í dánartíðni. Dæmi er einnig um að slík skimun skili ekki tilætluðum árangri. Í skimunarverkefni í Finnlandi þar sem skimað er með HemoccultSensa, hefur til dæmis ekki verið sýnt fram á lækkun í dánartíðni. Engar hliðstæðar rannsóknir eru til á FIT-aðferðinni.

Rökin fyrir því að leita að blóði í hægðum með FIT-aðferðinni frekar en ristilspeglun er að aðferðin sé ódýrari og að þátttaka verði meiri. Þátttökuhlutfallið hefur verið 20-70% í rannsóknum, bæði fyrir leit að blóði í hægðum og ristilspeglun.

Leit að blóði í hægðum með FIT þarf að endurtaka á hverju ári eða annað hvert ár og hætta er á að þátttökuhlutfallið lækki þegar skimunin er endurtekin. Með FIT-aðferðinni munu falskt jákvæðar (95% af þeim sem eru jákvæðir) og falskt neikvæðar (40% af þeim sem eru neikvæðir) niðurstöður valda miklu hugarangri hjá þátttakendum og mun það auka á kostnað að sinna andlegum stuðningi við þessa einstaklinga.

Ef skimað er annað hvert ár með FIT og 7,2% eru jákvæðir í hvert skipti munu 36% verða ristilspeglaðir á 10 árum. Finnast munu mörg krabbamein og er líklegt að um það bil 30 fleiri tilfelli af krabbameini í ristli eða endaþarmi komi til meðferðar á ári á Landspítala ef þessari aðferð verður beitt. Meðferðarkostnaðurinn vegna þessara 30 tilfella er hluti af skimunarkostnaðinum. Þessi hækkun á nýgengi er tímabundin og leiðir til samsvarandi nýgengislækkunar. Engin nettó lækkun á nýgengi verður því með leit að blóði í hægðum. Þessi aðferð mun ekki hafa nein áhrif á ristilkrabbamein hjá þeim sem eru yfir 80 ára.

Rannsóknir á ristilspeglunum sem skimunaraðferð hafa sýnt að með þeim er hægt að lækka dánartíðni um 70% og helminga nýgengi krabbameins í ristli og endaþarmi hjá þeim sem koma til skoðunar og í þeim hluta ristils sem er rannsakaður.

Sé miðað við tvöföldun fjölda krabbameina til 2060 verður kostnaðaraukningin að óbreyttu 67,5 miljarðar. Ef ristilspeglun er beitt og nýgengi krabbameinsins helmingast stendur fjöldi krabbameina sem greinist árlega í stað til ársins 2060. Kosti ristilspeglunarskimun til 2060 7,5 milljarða sparast 60 milljarðar til ársins 2060. Ekki er hægt að lækka nýgengi með því að leita að blóði í hægðum og því verður þessum árangri ekki náð með þeirri aðferð.

Verði ristilspeglun notuð sem skimunaraðferð verða vandamál varðandi falskt jákvæðar og falskt neikvæðar niðurstöður mjög lítil. Skimunarhópurinn er yngri og því munu færri krabbamein finnast sem leiða til meðferðar á Landspítala. Hægt verður að meta áhættu einstaklinganna á að fá krabbamein í ristil eða endaþarm. Þeir sem hafa engin kirtilæxli (forstig flestra krabbameina) þurfa líklega ekki frekari skimun. Flestar klínískar leiðbeiningar mæla þó með ristilspeglun á

10 ára fresti. Þeir sem greinast með kirtilæxli verða í reglubundnu eftirliti (kirtilæxlaskrá) samkvæmt alþjóðlegum, gagnreyndum leiðbeiningum.

Augljóst er að það er ódýrara að gera eina FIT-rannsókn en eina ristilspeglun. Leit að blóði í hægðum með FIT gæti þó virst dýrari kostur þegar allt er reiknað með. Að minnsta kosti hefur ekki verið sýnt fram á að leit að blóði í hægðum sé ódýrari aðferð en það að fara beint í ristilspeglun til þess að skima eftir sepum og krabbameini í ristli og endaþarmi.

Mikilvægt er að læknar taki þátt í ákvörðunum um læknisfræðileg málefni og gefi stjórnmálamönnum ráð til þess að þeir geti tekið réttar ákvarðanir.

Leit að blóði í hægðum er dýr aðferð sem mun skapa mikið óöryggi hjá þátttakendum. Ristilspeglunarskimun er forvarnaraðgerð og árangursríkari skimunaraðferð sem gefur skýr svör og veitir þátttakendum meira öryggi.

Ristilspeglun er sú skimunaraðferð sem beitt hefur verið í áratugi og hefð er fyrir á Íslandi. Ólíklegt er að sú staða hennar muni breytast þó að farið verði af stað með skimun með leit að blóði í hægðum.

Ristilspeglunarskimun mun geta leitt til lækkunar á nýgengi og fækkað verulega krabbameinum í ristli og endaþarmi hjá öldruðu fólki. Þjóðin eldist og því gæti orðið verulegur fjárhagslegur ávinningur af ristilspeglunarskimun í framtíðinni. (Sjá ítarlegri grein á *nolta.is*.)

Öldungadeild Læknafélags Íslands

Frá Öldungadeild

Næsti fundur Öldungadeildar verður haldinn miðvikudaginn 7. desember, en þá flytur Ari Jóhannesson læknir erindi sitt: „Svo mæla seglin hvítu“ - Hugleiðingar um lækningar og skáldskap.

Borið hefur á að læknar skipti um netföng, t.d. þegar þeir komast á eftirlaun. Þeim berast þá ekki tilkynningar frá LÍ eða Öldungadeildinni. Vinsamlega sendið virk netföng ykkar til mbein@simnet.is eða komið þeim til skrifstofu LÍ merkt Öldungadeild.

Fundir Öldungadeildar eru haldnir fyrsta miðvikudag hvers mánaðar kl. 16, en á undan fundi um kl. 15.30 er boðið upp á kaffi og vínarbrauð. Þá er skemmtilegt að hitta gamla kollega og rifja upp gömlu góðu dagana.



Lyfjaskömmtun, tækni og öryggi

Lyfjaver er fyrst á Íslandi með stafrænt myndeftirlit í vélskömmtun

LYFJAVER

APÓTEK + LYFJASKÖMMTUN

SUÐURLANDSBRAUT 22 + SÍMI 533 6100 + LYFJAVER.IS

Læknar eru hvattir til að koma ábendingum um efni á framfæri við ritstjórn eða pistlahöfund.

Réttur sjúkratryggðra til heilbrigðisþjónustu í útlöndum



Dögg Pálsdóttir

lögfræðingur
Læknafélags Íslands

Dogg@lis.is

Sjúkratryggðir hér á landi geta átt rétt á meðferð í útlöndum þannig að kostnaðurinn við heilbrigðisþjónustuna verði greiddur af sjúkratryggingum, að minnsta kosti að hluta.

Í fyrsta lagi getur þessi réttur byggst á reglum um heilbrigðisþjónustu yfir landamæri. Þeim voru gerð skil í síðasta pistli, sem birtist í júlíblaði *Læknablaðsins* og vísast til þeirrar umfjöllunar.

Í öðru lagi opnar 23. gr. laga um sjúkratryggingar nr. 112/2008 sjúkratryggðum leið að meðferð í útlöndum enda sé ekki unnt að veita hana hér á landi. Sé sjúkratryggðum brýn nauðsyn á alþjóðlega viðurkenndri sjúkdómsmeðferð erlendis, sem ekki er unnt að veita honum hér á landi, þá greiða sjúkratryggingar kostnað við meðferðina. Sama gildir um kostnað við dvöl, lyf og læknishjálp sem nauðsynleg er erlendis í tengslum við meðferðina. Þá greiða sjúkratryggingar sjúkratryggðum ferðastyrk og fylgdarmanni hans þegar sérstaklega stendur á. Það eru Sjúkratryggingar Íslands sem ákveða hvort skilyrðum sé fullnægt og hvar sjúkratryggður skuli njóta meðferðarinnar. Vilji sjúkratryggður sækja meðferð á öðrum og dýrari stað en Sjúkratryggingar hafa ákveðið, er einungis greiddur sá kostnaður sem greiða hefði átt á þeim stað sem stofnunin ákvað. Afla þarf greiðsluheimildar frá Sjúkratryggingum fyrirfram. Nánari reglur eru í reglugerð nr. 712/2010 um brýna læknismeðferð erlendis þegar ekki er unnt að veita nauðsynlega aðstoð hér á landi.

Í reglugerðinni kemur fram að ferðastyrkur, það er fargjald og dagpeningar, er greiddur vegna fylgdarmanns ef sjúkratryggður er yngri en 18 ára, ósjálfbjarga eða mjög mikil áhætta fylgir meðferð og/eða ferðalagi. Tekið er fram að það að sjúkratryggður tali ekki erlend tungumál geri hann ekki ósjálfbjarga í skilningi hennar. Að jafnaði er einungis greiddur ferðastyrkur fyrir einn fylgdarmann. Ef sjúkratryggður er yngri en 18 ára er greiddur ferðastyrkur fyrir báða foreldra eða tvo nánustu aðstandendur eftir því sem við á. Ef sjúkratryggður þarf að dveljast erlendis a.m.k. sex vikur er heimilt, hafi fylgd verið samþykkt, að greiða ferðastyrk vegna skipta á fylgdarmanni á fjögurra vikna fresti. Loks má, ef læknisfræðilegar ástæður krefjast þess að heilbrigðisstarfsmaður fylgi sjúkratryggðum, greiða ferðastyrk vegna starfsmannsins.

Fyrir sjúkratryggðan og fylgdarmann, fari hann með, greiða sjúkratryggingar að fullu fargjald fyrir báða. Að jafnaði skal miðað við lægsta fargjald á almennu farrými. Fargjald innanlands er endurgreitt samkvæmt ákvæðum reglugerðar nr. 871/2004 um ferðakostnað sjúkratryggðra og aðstandenda þeirra innanlands.

Sjúkratryggingar greiða einnig dagpeninga vegna nauðsynlegs uppihaldskostnaðar sjúkratryggðs erlendis utan sjúkrastofnunar og nauðsynlegan uppihaldskostnað fylgdarmanns. Greiðsla dagpeninga fer eftir sömu reglum og gilda um þjálfun, nám og eftirlitsstörf ríkisstarfsmanna á ferðalögum erlendis samkvæmt ákvörðun ferðakostnaðarnefndar á hverjum tíma. Hafi ferðastyrkur verið samþykktur fyrir báða foreldra eða nánustu aðstandendur fær annað foreldri dagpeninga samkvæmt framangreindum reglum en hitt foreldrið hálfa dagpeninga. Heilbrigðisstarfsmaður fær almenna dagpeninga samkvæmt ákvörðun ferðakostnaðarnefndar.

Í þriðja lagi á sjúkratryggður rétt á því að sækja heilbrigðisþjónustu í EES-landi, sé bið hans eftir nauðsynlegri meðferð hérlendis orðin lengri en viðmiðunartími nauðsynlegrar meðferðar er. Þessi réttur byggist á reglugerð ESB um samræmingu almannatryggingakerfa, sem gilt hefur hér á landi frá 1. janúar 1994, nú reglugerð (ESB) nr. 883/2004 um samræmingu almannatryggingakerfa sem innleidd var í íslenskan rétt með reglugerð nr. 442/2012 um gildistöku reglugerða Evrópusambandsins um almannatryggingar. Heimildin er í 20. gr. ESB-reglugerðarinnar. Þessu fylgir að EES-löndin hafa þurft að setja sér reglur um það hvað þau telja ásættanlegan biðtíma eftir meðferð. Hafi sjúkratryggður ekki fengið nauðsynlega meðferð innan þess biðtíma stofnast rétturinn til að leita meðferðar í öðru EES-landi. Allur gangur hefur verið á því hvort og hvernig löndin hafa sett þessar reglur en vaxandi þrýstingur er á að þau geri það.

Lengst af voru engar biðtímareglur hér á landi og því erfitt fyrir sjúkratryggða að knýja fram þennan rétt. Hinn 15. júní 2016 setti landlæknir viðmiðunarmörk af þessu tagi.[1] Fyrir aðgerð/meðferð hjá sérfræðingi eru mörkin sett við 90 daga frá greiningu. Þetta þýðir að hafi sjúkratryggður ekki fengið nauðsynlega aðgerð eða meðferð hjá sérfræðingi innan 90 daga frá því að talið var að hennar væri þörf, stofnast réttur til að leita sér þjónustunnar á EES-svæðinu. Í þessu felst ekki að bið á biðlista í 90 daga tryggi réttinn því mögulega hefur læknirinn skráð sjúkratryggðan á biðlistann strax og nauðsyn aðgerðar var fyrirsjáanleg. Það er í höndum Sjúkratrygginga að ákveða hvort biðin sé orðin of löng og þá að tryggja sjúkratryggðum meðferðina í EES-landi, kjósi hann það. Heilbrigðiskostnaður er greiddur að fullu í þessum málum og útgefin greiðsluábyrgð af hálfu SÍ. Um kostnaðarþátttöku gilda sömu reglur og raktar voru hér að framan.

Það skiptir miklu að læknar þekki til hlítar reglur um rétt sjúkratryggðra til læknismeðferðar í útlöndum. Lögfræðimálþing Læknafélags Íslands á Læknadögum 2017 mun því fjalla um þessi mál.

Það er umhugsunarefni að þessar reglur tryggja sjúkratryggðum rétt til meðferðar í útlöndum. Engar reglur tryggja sjúkratryggðum rétt til meðferðar hjá heilbrigðisstarfsmönnum sem starfa án samnings við Sjúkratryggingar Íslands, jafnvel þótt þeir gætu veitt sömu meðferð og réttur er til í EES-landi. Sjúkratryggður gæti því átt rétt á að fara í nauðsynlega meðferð í útlöndum en ekki hér á landi, þótt hennar væri völ í einkarekinni heilbrigðisþjónustu. Mögulega gætu Sjúkratryggingar í slíkum tilvikum samið við innlenda aðilann, kysi sjúkratryggður það frekar en að fara til útlanda. Á þetta hefur ekki reynt.

1. landlaeknir.is/um-embaettid/frettir/frett/item29708/Vidmidunarmork-um-bidtima-eftir-heilbrigdisthjonustu

Líffæraþegi með bólgusjúkdóm í meltingarvegi – bæta TNF-alfa hemli við ónæmisbælandi meðferð?





Elín I. Jacobsen

lyfjafræðingur, verkefnastjóri Miðstöðvar lyfjaupplýsinga Landspítala

elinjac@landspitali.is

Einar S. Björnsson

prófessor og yfirlæknir í lyflækningum við læknadeild Háskóla Íslands og lyflækningasvið Landspítala.

einarsb@landspitali.is

Fertugur karlmaður, með ígrætt nýra og í eftirliti vegna gruns um Crohns-sjúkdóm, lagðist inn á sjúkrahús vegna versnandi sjúkdómseinkenna. Ristilspeglun tveimur mánuðum áður hafði sýnt bólgur í ristli. Í tvær vikur hafði hann fengið hitaköst og haft niðurgang, stundum blóðugan. Miklir verkir neðarlega í kvið komu í kjölfar máltíða og var maðurinn margar klukkustundir að ná sér af verkjum. Honum hafði því gengið illa að nærast, þjáðist af hungri en forðaðist að borða vegna verkjakasta. Hafði hann lést um 8 kg á þessum tveimur vikum og alls um 18 kg síðastliðna 10 mánuði. Hann kvaðst hafa getað drukkið vatn en vegna niðurgangs var hann þurr og kvartaði undan svima.

Sjúklingurinn var á lyfjameðferð vegna ígræðds nýra með prednisólon , tacrólímus, og nýlega var hafin meðferð með azathiopríni 150 mg vegna mögulegs Crohns-sjúkdóms. Áður hafði hann einnig verið á mycophenólati mofetíl (MMF) vegna ígræðslunnar en því hafði verið hætt þegar einkenni frá meltingarvegi hófust. Ristilspeglun og segulómun af kvið sýndu ekki nýjar breytingar sem gætu verið orsök versnunar á einkennum en áfram sást ristilbólga hægra megin. Sjúklingur fékk meðferð með síprófloxasíni, metrónídazóli, barksterum í æð og járni. Ákveðinn grunur var um að einkenni bólgusjúkdóms nú gætu einnig verið vegna MMF sem sjúklingur hafði verið á áður vegna ígrædda nýrans. Þar sem sjúklingurinn var fyrir á ónæmisbælandi meðferð vegna ígrædds líffæris spurðu meltingar- og nýrnasérfræðingur í sameiningu hvort óhætt væri að hefja meðferð með TNF-alfa hemli við bólgusjúkdómi, til dæmis infliximab. Ákveðið var að skoða hvort reynsla væri af slíkri meðferð með líftæknilyfjum við bólgusjúkdómi hjá ígræðslusjúklingum og hvort það væri örugg meðferð samhliða meðferð við höfnun líffæris.

Ekki fundust mikil gögn í heimildum um notkun TNF-alfa hemla hjá ígræðslusjúklingum með Crohns-sjúkdóm eða sáraristilbólgu (*inflammatory bowel disease*, IBD). Í yfirlitsgrein frá 2014 er sagt frá 22 tilfellum þar sem sjúklingar með ígrædda lifur fengu meðferð við IBD með infliximab eða adalimumab.[1] Sömu höfundar höfðu áður rannsakað og fylgt eftir fjórum sjúklingum með IBD og lifrarígræðslu sem fengu infliximab, og töldu sig vera með einsleitara þýði en í fyrri tilfellaröðum. Þeir ályktuðu að líkur væru á öryggi og gagnsemi infliximab í þessum sjúklingahópi.[1,2] Sömu ályktun drógu höfundar sem meðhöndluðu 6 lifrarígræðslusjúklinga með infliximab við IBD; 5 mg/kg á 8 vikna fresti eftir upphafsmeðferð á viku 0, 2 og 6. Meðferðin stóð í 8 vikur til fjögurra ára og hlutu fjórir sjúklingar langvarandi bata á sjúkdómseinkennum.[3] Þrjú tilfelli fundust í heimildum þar sem sjúklingar með ígrætt nýra fengu líftæknilyf við IBD með góðum árangri án alvarlegra sýkinga eða höfnunar á líffærinu.[1,4] Höfundar ályktuðu jafnframt að fylgjast þyrfti vel með þessum sjúklingum hvað varðar sýkingar, sjálfsofnæmissjúkdóma og illkynja mein. Einnig þurfi að vera á varðbergi gegn sýkingum í görn og niðurgangi vegna cytomegaloveiru eða *Clostridium difficile* og að útiloka að niðurgangur sé vegna lyfjameðferðar.[1-4] Ekki eingöngu meltingartruflanir hljótast af MMF heldur getur það leitt af sér niðurgang og sjáanlegar ristilbólgur og verður þá að hætta meðferðinni.[5]

Samantekt: Tilfelli í heimildum benda til öryggis og gagnsemi TNF-alfa hemla hjá sjúklingum með ígrætt líffæri sem fá IBD. Slembiraðaðar samanburðarrannsóknir vantar. Fylgjast þarf með merkjum um sýkingar, sjálfsofnæmissjúkdóma og illkynja mein. Í tilfellinu sem er tilefni þessara skrifa hafði ekki enn verið farið út í þá meðferð þegar þetta er ritað þar sem einkenni sjúklings höfðu rénað í bili.

Heimildir

1. Indriolo A, Ravelli P. Clinical management of inflammatory bowel disease in the organ recipient. World J Gastroenterol 2014; 20: 3525-33.
2. Indriolo A, Fagiuoli S, Pasulo L, Fiorino G, Danese S, Ravelli P. Letter: infliximab therapy in inflammatory bowel disease patients after liver transplantation. Aliment Pharmacol Ther 2013; 37: 840-2.
3. Sandhu A, Alameel T, Dale CH, Levstik M, Chande N. The safety and efficacy of antitumour necrosis factor-alpha therapy for inflammatory bowel disease in patients post liver transplantation: a case series. Aliment Pharmacol Ther 2012; 36: 159-65.
4. Temme J, Koziolek M, Bramlage C, Schaefer IM, Füzesi L, Ramadori G, et al. Infliximab as therapeutic option in steroid-refractory ulcerative colitis after kidney transplantation: case report. Transplant Proc 2010; 42: 3880-2.
5. Calmeta FH, Yarura A, Pukazhendhib G, Ahmad J, Kalyan, Bhamidimarrid R. Endoscopic and histological features of mycophenolate mofetil colitis in patients after solid organ transplantation. Ann Gastroenterol 2015; 28:1-8.

Saga, menning og siðir ráða viðbrögðunum

Hávar Sigurjónsson

Hér á landi var staddur í október doktor Cheik Ibrahime frá Senegal í Afríku og flutti erindi á málþingi um alþjóðlega heilsu sem haldið var í Háskóla Íslands. Ibrahime er prófessor í félagsmannfræði með læknisfræðilega mannfræði og umhverfisfræði sem aukagreinar og gegnir prófessorsstöðu við ríkisháskólann í Dakar í Senegal. Erindi hans fjallaði um félags- og mannfræðilegar aðferðir við að vinna bug á ebólufaraldrinum í Vestur-Afríku.

„Ég hef unnið fyrir Alþjóðaheilbrigðisstofnunina WHO í mörg ár og sérstaklega í baráttunni gegn HIV í Afríkulöndum. Þegar ebólufaraldurinn braust út varð fljótt ljóst að ekki yrði hægt að ráða niðurlögum hans með læknisfræðilegum aðferðum eingöngu. Félagsleg og menningarleg þekking á hefðum og siðum hinna fjölmörgu ættbálka og þorpssamfélaga sem urðu fyrir barðinu á sjúkdómnum var í rauninni forsenda þess að hægt væri að vinna á honum. Þessi sjónarmið voru ekki höfð til hliðsjónar í upphafi baráttunnar en okkur tókst að ná eyrum WHO og ég og samstarfsfólk mitt vorum fengin til að vera eins konar framverðir í baráttunni; fara á undan lækna- og hjúkrunarteymunum inn í þorpin og vinna íbúana á okkar band áður en hægt var að hefjast handa við smitvarnir og læknishjálp," segir Ibrahime í upphafi.

„Staðreyndin var sú að íbúar afskekktra þorpa í Sierra Leone, Malí og Gíneu voru mjög andsnúnir allri hjálp frá vestrænum löndum og því var nauðsynlegt að senda á undan þeim teymi félags- og mannfræðinga til að skilja í hverju andstaðan fólst og finna leiðir til að fá íbúana til samvinnu. Þeir neituðu að senda sýkta einstaklinga í sjúkraskýlin og réðust á lækna og sjúkrabíla þegar átti að sækja sjúklingana. Fólkið taldi að ebólafaraldurinn væri hinum erlendu læknum að kenna, og ýmist snerist til varnar eða flúði úr þorpunum út í skógana þegar átti að sækja sjúklinga eða einangra þorpin.

Það var mikilvægt að skilja að þetta fólk var hrjáð af borgarastríði, ofsóknum og árásum og treysti bókstaflega engum sem komu í stórum bílalestum inn í þorpin með blikkandi ljósum og framandi fólk í einkennisbúningum. Öllum slíkum táknum um vald er tekið með fullkominni tortryggni. Skiljanlega. Þar á ofan eru enn mjög lifandi í munnlegum frásögnum íbúanna skelfilegar reynslusögur þegar forfeður þeirra voru teknir og hnepptir í þrældóm af hvítum þrælasölum svo allt lagðist á eitt um að gera þetta mjög erfitt."

Ibrahime segir að mannfræðiteymið hafi oft lent í lífshættu og mætt mikilli tortryggni í upphafi en ávallt tekist að vinna traust íbúanna að lokum.

„Við sem fórum á undan urðum því að afþakka ökutæki og fara fótgangandi inn í þorpin klædd sömu klæðum og íbúarnir og gefa það mjög skýrt til kynna að við værum komin til að hlusta og fara eftir

HEILBRIGÐISSTOFNUN VESTURLANDS
AKRANES • BORGARNES • BÚÐARDALUR • GRUNDARFJÖRÐUR • HÓLMAVÍK • HVAMMSTANGI • ÓLAFSVÍK • STYKKISHÓLMUR

Starf læknis í Stykkishólmi

Laus er til umsóknar staða læknis við Heilbrigðistofnun Vesturlands í Stykkishólmi.

Starfið felur fyrst og fremst í sér verkefni á háls- og bakdeild með möguleikum á tengingu við störf í heilsugæslu. Hér er um framtíðarstarf að ræða. Áhugavert fyrir t.d sérfræðing eða verðandi sérfræðing í heimilislækningum með sérstakan áhuga á háls- og bakvandamálum, verkjameðferð og stoðkerfisvandamálum almennt.

Háls- og bakvandamálum er sinnt á sérstakri 13 rúma legudeild, sem tekur við sjúklingum af öllu landinu. Í tengslum við deildina er stunduð sérhæfð verkjameðferð með búnaði til gegnumlýsingar. Aðstaða til sjúkraþjálfunar og almennrar endurhæfingar eru mjög góð. Stofnunin er vel mönnuð sjúkraþjálfurum með breiða þekkingu á sviði endurhæfingar auk sérþekkingar og þjálfunar í greiningu og meðferð stoðkerfisvandamála. Á staðnum er rekin heilsugæslustöð, sem þjónar um 1200 manns. Rannsóknastofa vel tækjum búin er starfrækt. Þá eru þar starfrækt sjúkra- og hjúkrunarrými í rúmgóðu og vel búnu húsnæði. Aðstaða er til innlagna bráðveikra.

Umsókn skal fylgja ítarlegar upplýsingar um nám, starfsferil, rannsóknir og kennslustörf. Laun eru samkvæmt kjarasamningi Læknafélags Íslands og ríkisins. Við ráðningar í störf á HVE er ávallt tekið mið af jafnréttisstefnu stofnunarinnar.

Umsóknarfrestur er til 31. desember 2016.

Upplýsingar um starfið gefa Þórir Bergmundsson framkvæmdastjóri lækninga og rekstrar, GSM 8496987, tölvupóstur: thorir.bergmundsson@hve.is og Jósep Blöndal yfirlæknir Stykkishólmi, s. 4321200, tölvupóstur: josep@hve.is.

Umsókn ásamt upplýsingum um nám og fyrri störf sendist Ásgeiri Ásgeirssyni forstjóra Heilbrigðisstofnunar Vesturlands, asgeir.asgeirsson@hve.is.

SKESSUHORN 2016



„Það var mikilvægt að skilja að þetta fólk var hrjáð af borgarastríði, ofsóknum og árásum og treysti bókstaflega engum sem komu í stórum bílalestum inn í þorpin með blikkandi ljósum og framandi fólk í einkennisbúningum," segir dr. Cheik Ibrahime prófessor í félagsmannfræði í Dakar í Senegal.

vilja íbúanna; þeir yrðu ekki þvingaðir til neins. Með þessu byggðum við varlega upp traust á milli okkar og þeirra þar til íbúarnir voru tilbúnir að hleypa erlendu hjálparliðunum inn í þorpin. Við byrjuðum á verst sýktu svæðunum í Sierra Leone og fórum þaðan yfir til Malí og enduðum í Gíneu þar sem við mættum mestu andstöðunni og tók okkur lengstan tíma að sannfæra íbúana um að við værum að hjálpa þeim en ekki að ráðast á þá. Stundum vildu yfirvöld senda vopnaðar öryggissveitir með okkur því ástandið var talið mjög hættulegt en við höfnuðum því alltaf. Þá hefði verkefnið fallið um sjálft sig."

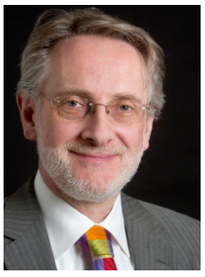
Konurnar gegndu mikilvægu hlutverki

„Við gegndum hlutverki talsmanns hinna marghrjáðu íbúa þessara landa og komum sjónarmiðum þeirra á framfæri við yfirvöld og alþjóðasamfélagið. Í hvert sinn sem við komum í nýtt þorp urðum við að byrja á byrjuninni. Mikilvægast var að sýna auðmýkt og snúa algjörlega við ímyndinni sem íbúarnir höfðu af yfirvöldum og utanaðkomandi valdbeitingu. Við urðum að sýna varnarleysi og auðmýkt og sannfæra íbúanna um að við yrðum eyru þeirra og munnur í samskiptum við yfirvöld. Við ræddum við trúarleiðtoga íbúanna og þær viðræður stóðu oft klukkutímum saman. Einnig var rætt við konurnar því þær hafa mikil völd í þorpunum og stjórna greftrunarsiðunum. Útskýrt var í hverju smithættan var fólgin og gátum komist að samkomulagi um að hægt væri sýna hinum látnu táknræna virðingu án þess að snerta líkin.

Í sumum þorpum höfðu einhverjir íbúar verið handteknir og fangelsaðir vegna andstöðu sinnar og við þurftum þá að semja um lausn þeirra áður en hægt var að vinna traust þorpsbúanna. Þetta var stundum mjög tímafrekt og alþjóðasamfélagið var eðlilega mjög óþolinmótt. Við urðum því einnig að koma erlendum samstarfsmönnum okkur í skilning um mikilvægi þess að sýna þolinmæði, auðmýkt og skilning á aðstæðum.

Aðstæðurnar sem við tókumst á við þarna eru í rauninni sammannlegar um allan heim og í öllum samfélögum. Þegar hætta steðjar að, hnappast samfélögin saman og verja sig gegn henni. Þorpssamfélög þessara Afríkulanda eru í engu frábrugðin öðrum samfélögum að því leyti. Saga, menning og siðir hvers samfélags ráða því síðan hvernig viðbrögðin verða og það er mikilvægt að skilja þau til að geta komist í gegnum varnirnar og byrjað að hjálpa. Lexían sem við lærðum þarna mun gagnast alls staðar í framtíðinni þegar svipaðar aðstæður koma upp," sagði Cheik Ibrahime að lokum.

Heilsuvá lækna



Haraldur Erlendsson
yfirlæknir
Haraldur@heilsustofnun.is



Benedikt Óskar Sveinsson
læknir

Höfundar eru starfandi læknar á Heilsustofnun NFLÍ í Hveragerði.

Undanfarin ár höfum við félagarnir fjallað nokkuð um líðan og heilsu lækna og erum í hópi sem Læknafélagið skipaði árið 2014 til að kanna stöðu þessara mála. Í því sambandi höfum staðið fyrir málþingi á Læknadögum og sótt nokkur norræn, evrópsk og alþjóðleg þing um þetta efni. Nýkomnir heim af alþjóðaþingi um heilsu og líðan lækna (International Conference on Physician Health; Increasing Joy in Medicine), sem haldið var í Boston dagana 18.-20. september sl. finnum við okkur knúna að upplýsa læknasamfélagið um stöðu þessara mála.

Með hertum inntökuskilyrðum til náms í læknisfræði, auknum kröfum um sífellda fullkomnun og þeim þrýstingi frá almenningi að smæstu mistök séu ófyrirgefanleg og kalli oft á tíðum á lögsóknir og refsingar, hefur sigið mjög á ógæfuhliðina í okkar liði. Yfirgripsmiklar og endurteknar rannsóknir staðfesta að um 50% læknanema líður verulega illa og eiga mjög erfitt með einbeitingu og þjást af kulnun og uppgjöf. Ekki tekur betra við eftir að grunnnáminu lýkur og sérnámið hefst. Í sumum sérgreinaprógrömmum mælist kulnunar- og uppgjafarástand í allt að 70% tilfella. Vegna þessa ástands fjölgar að sjálfsögðu mistökum og vandinn stigmagnast.

Stórar bandarískar rannsóknir gerðar á starfandi sérfræðingum sýna að í þeirra hópi er ástandið á svipuðum nótum. Á þriggja ára tímabili frá 2011-2014 jókst kulnunar- og uppgjafarástand starfandi sérfræðinga úr 41-46%. Lítil sem engin aðsókn er lengur í sérnám í frumheilsugæslu (*primary care*). Þannig lenda sjúklingarnir á villigötum í heilbrigðiskerfinu. Gerðar eru rándýrar og óþarfar rannsóknir og aðgerðum og mistökum fjölgar. Fyrir lækna, sem flestir eru haldnir fullkomnunaráráttu í einni eða annarri mynd, verður álagið og vinnuumhverfið þannig óbærilegt og kulnun og uppgjöf yfirskyggir alla skynsemi.

Bandarísku læknasamtökin áætla að á næstu 8 árum muni um 90.000 skurðlæknar gefast upp og hætta störfum. Yfir 400 bandarískir læknar svipta sig lífi árlega af þessum sökum. Það samsvarar því að í okkar litla læknasamfélagi svipti einn læknir sig lífi annað hvert ár. Fram kom á þinginu að þetta ástand sé orðið svo alvarlegt að líkja megi við faraldur sem ógni almannaheill. Það sé þannig knýjandi að læknasamfélagið í samvinnu við stjórnvöld grípi í taumana og leiti allra leiða til að vinda ofan af þessari vá.

Þótt grunnstef þessarar ráðstefnu í Boston hafi þannig verið að koma þessum grafalvarlegu upplýsingum á framfæri við alþjóðasamfélag lækna var undirtitill ráðstefnunnar eins og framan er greint *Increasing Joy in Medicine.* Það var þannig líka slegið á létta strengi með uppistandi og tónlist og reynt að draga fram hvernig margs konar listir, líkamsþjálfun og góð tengsl við fjölskyldu og vini samfara námi og starfi minnki álag og bæti líðan og heilsu.

Engin formleg rannsókn hefur farið fram á því hérlendis hvernig ástand þessara mála er meðal íslenskra lækna. Þótt fjarvistartölur vegna veikinda lækna á Landspítala sýni gott ástand miðað við samanburðarhópa segja þessar tölur ekkert um andlegt ástand og líðan læknanna. Fátt bendir til þess að ástandið hér sé eitthvað betra en annars staðar í Vesturheimi. Þetta er brýnt að kanna jafnframt því að taka strax á málinu með fyrirbyggjandi aðgerðum við upphaf læknanámsins. Því lengi býr að fyrstu gerð.

Þau úrræði sem helst koma til greina og voru reifuð á þinginu og lúta öll að því að draga úr kulnun og bæta líðan og heilsu læknanema, sérnámslækna og sérfræðinga eru að grípa strax inn í ferlið við upphaf læknanámsins. Nokkrir læknaháskólar í Bandaríkjunum hafa þegar sett á námskrá skyldu um að nemarnir leggi rækt við eitthvað annað en hreina læknisfræði, virki eigin áhugamál, svo sem íþróttir, tónlist, sögu eða heimspeki, raunar allt sem hvílir hugann frá fræðunum. Fyrir þetta eru gefnar námseiningar en á móti jafnframt dregið úr einingafjölda í sjálfum fræðunum, að þetta verði hluti af náminu en ekki viðbót við ofhlaðna námskrá. Markmiðið er þannig að útskrifa lækna með breiðari grunn, ekki bara í læknisfræði heldur með hæfileika til að tvinna saman áhugamálin og læknisfræðina.

Hlutfall þeirra lækna sem lent hafa í lögsóknum í Bandaríkjunum er yfir 50% og eykst með hækkandi starfsaldri og er orðin um 80% hjá þeim sem náð hafa sextugsaldri. Meirihluti þessara mála tengist skurðlækningum. Það góða við þessar fréttir er þó að um 97% þessara mála eru dæmd læknum í hag. Slík málaferli eru hins vegar tímafrek, standa oftast yfir í meira en ár. Slíkt vinnuumhverfi hefur lagst mjög þungt á andlega heilsu og líðan félaga okkar enda er sjálfsvígstíðni þar mjög há eins og að framan er rakið. Í ljósi þessa hefur breska læknasamfélagið ákveðið að rýna í og skoða þessi mál betur.

Þar hefur verið leitað nýrra leiða til að leysa þessi mál með bættum samskiptum lækna og sjúklinga, en augljóst er af framanskráðu að samskiptavillur eru meginástæðan fyrir þeim vanda sem við blasir. Það gefur þannig auga leið að það að greiða úr ágreiningi lækna og sjúklinga er mun farsælli aðferð fyrir báða aðila en dómstólaleiðin. Hingað til hefur það verið stefnan í okkar vinnuumhverfi að skrá allt upp á punkt og prik svo verjanlegt sé fyrir dómi, fremur en að eyða tímanum í eðlileg mannleg samskipti og tengsl við sjúklingana.

Kanadísk rannsókn á öllum læknanemum þar í landi, sem telja um 12.000, sýndi að þunglyndi, kvíði, kulnun og sjálfsvígshugsanir voru algengari á síðari stigum læknanámsins en hjá samanburðarhóp.

Ástralíumaðurinn Forbes[1] rýndi í þau skrif sem varða virkar leiðir til að bæta andlega heilsu læknanema og lækna og fann við þá yfirferð 14 góðar rannsóknir. Þar bar ýmislegt á góma svo sem einka-

tíma, hópfundi, hugleiðingar, öndunaræfingar, fræðslu og heimavinnu. Þetta voru mislöng inngrip sem stóðu allt frá einum degi upp í 9 mánaða prógrömm.

Sam Colin sagði frá könnun sinni á literatúrnum á þeim rannsóknum er hann yfirfór og lúta að kulnun í starfi hjá læknum og leiðum til að bæta þann vanda. Þær úrlausnir sem helst skiluðu árangri var núvitundarþjálfun (*mindfulness*), streituúrvinnsla, samskiptaþjálfun, umræðuhópar, bætt vinnuaðstaða og breytingar á vaktafyrirkomulagi. Með þessum mismunandi leiðum tókst að draga úr kulnun um 4-14%.

Kanadamenn hafa rannsakað hvernig draga má úr kulnun lækna og minnka starfsmannaveltuna með því að setja í gang prógrömm á spítölum með það að markmiði að bæta líðan og heilsu lækna. Þar er mest áhersla lögð á að bæta samskiptin, bjóða upp á hollan góðan mat og aðstöðu til líkamsræktar. Einfaldar aðgerðir sem þessar skila sér strax í betri líðan og heilsu og læknarnir eru glaðari og ánægðari.

Samkenndarþjálfun yfirlækna hefur líka verið rannsökuð og skilar strax aukinni ánægju og líðan lækna á gólfinu.

Ein athyglisverð lausn sem var rannsökuð voru afleysingar fyrir lækna til að auka sveigjanleika í starfi þannig að þeir gætu tekið að sér önnur störf, svo sem kennslu, nefndarvinnu, rannsóknir og álitsgjafir. Fengju þeir greitt fyrir þau án þess að bæta þeim ofan á fasta starfið. Þetta jók starfsánægju og bætti jafnvægi milli vinnu og einkalífs.

Eitt erindið fjallaði um viðbótarnám læknanema í *Lifestyle medicine* tengt næringu, hreyfingu, þyngd og fleiru til að hafa jákvæð áhrif á þeirra eigin heilsu og lífsánægju.

Aukinn áhugi er á að bjóða læknum með kulnun ráðgjöf og fræðslu. Rannsóknir sýna að slíkt hefur dregið úr streitu, bætt starfsánægju, aukið afköst, jafnvægi í einkalífi og tengsl við vini og ættingja.

Rannsóknir staðfesta að aukið skrifræði og skráningarskylda hjá læknum eykur spennu og vanlíðan og leiðir til kulnunar. Á móti hefur dregið úr þeim tíma sem læknarnir eiga með sjúklingum og nú er víða svo komið að tveir þriðju hlutar vinnutímans fara í skriffinnsku. Úr þessu má bæta með nánu samstarfi við hjúkrunarfræðinga sem létta þessa byrði.

Rannsóknir staðfesta að öll skapandi vinna: skriftir, tónlist og myndræn tjáning, bætir starfsánægju.

Ein er sú lausn sem við félagarnir teljum að geti gagnast okkur hér á hjaranum: Að setja á fót litla stuðningshópa. Á Mayo Clinic[2] var gerð 6 mánaða tilraun með reglulega fundi lítils hóps lækna þar sem rætt var um ýmis mál tengd kulnun og starfsánægju, síðan var farið út að borða eftir fundina. Þetta hafði klárlega jákvæð áhrif á líðan læknanna.

Þá var rætt um svipaða úrlausn og margir heimilislæknar og geðlæknar þekkja úr sínu framhaldsnámi, svokallaðir Balint-hópar (balint.co.uk). Í svona hópavinnu eru ræddar og skoðaðar í kjölinn ýmsar tilfinningar sem kvikna í samskiptum lækna við sjúklinga.

Í þessari grein höfum við reynt að vekja læknasamfélagið til umhugsunar um þá vá sem við stöndum frammi fyrir og hvernig má afstýra henni. Ef við grípum ekki strax í taumana er veruleg hætta á að við fljótum sofandi að feigðarósi, sem er versti kosturinn og örugglega ekki sá sem við ætluðum okkur þegar við ung og lífsglöð lögðum í þá vegferð að starfa sem læknar.

Slóðin á fylgirit með ágripum erinda frá þinginu er: https://download.ama-assn.org/resources/doc/physician-health/16-0180-abstracts-booklet.pdf?cb=14753266803tretrive=yes

1. Forbes MP. Systematic review of mental health wellbeing programs for medical students and physicians. Royal Melbourne Hospital.
2. West CP. Randomized controlled trial evaluating the effect of COMPASS (Collegues Meeting to Promote and Sustain Satisfaction), small group session on physician well-being, meaning and satisfaction.



Valda rakaskemmdir í húsnæði sjúkdómum?

Málþing á Læknadögum



María I. Gunnbjörnsdóttir, Unnur Steina Björnsdóttir, Kristín Sigurðardóttir, Dóra Lúðvíksdóttir, Sigríður Ólína Haraldsdóttir

Undanfarin ár hefur orðið vitundarvakning varðandi neikvæð áhrif rakaskemmda í húsnæði á heilsu. Hér á landi hafa stórfyrirtæki og ríkisstofnanir ákveðið að flytja starfsemi sína annað vegna veikinda starfsfólks sem rakin eru til rakaskemmda í vinnuumhverfi.

Skjólstæðingar lækna spyrja núorðið oft um það hvort ýmisleg sjúkdómseinkenni séu vegna rakaskemmda heima fyrir, í skólum eða vinnuumhverfi og hafa margir þeirra hverjir leitað svara sjálfir á veraldarvefnum.

Einkenni tengjast mörgum sérgreinum

Einkenni þessa heilkennis eru mörg og mismunandi eftir einstaklingum, en við upptalningu þeirra er ljóst að þau tengjast nánast öllum sérgreinum læknisfræðinnar. Einkenni geta verið almenn, svo sem hrollur, flensulík einkenni, vöðvaslappleiki, verkir, sinadrættir, útbrot, liðverkir og morgunstirðleiki, kulvísi, næturssviti, niðurgangur, kviðverkir, þorstlæti og minnkað þol. Öndunarfæraeinkenni eru meðal annars kinnholubólgur, særindi í hálsi, hósti, berkjubólgur, mæði og endurteknar sýkingar. Einkenni frá taugakerfi koma fyrir og geta verið höfuðverkur, sjóntruflanir, skjálfti, einbeitingarskortur, skert skammtímaminni og svimi.

Spurningar vakna

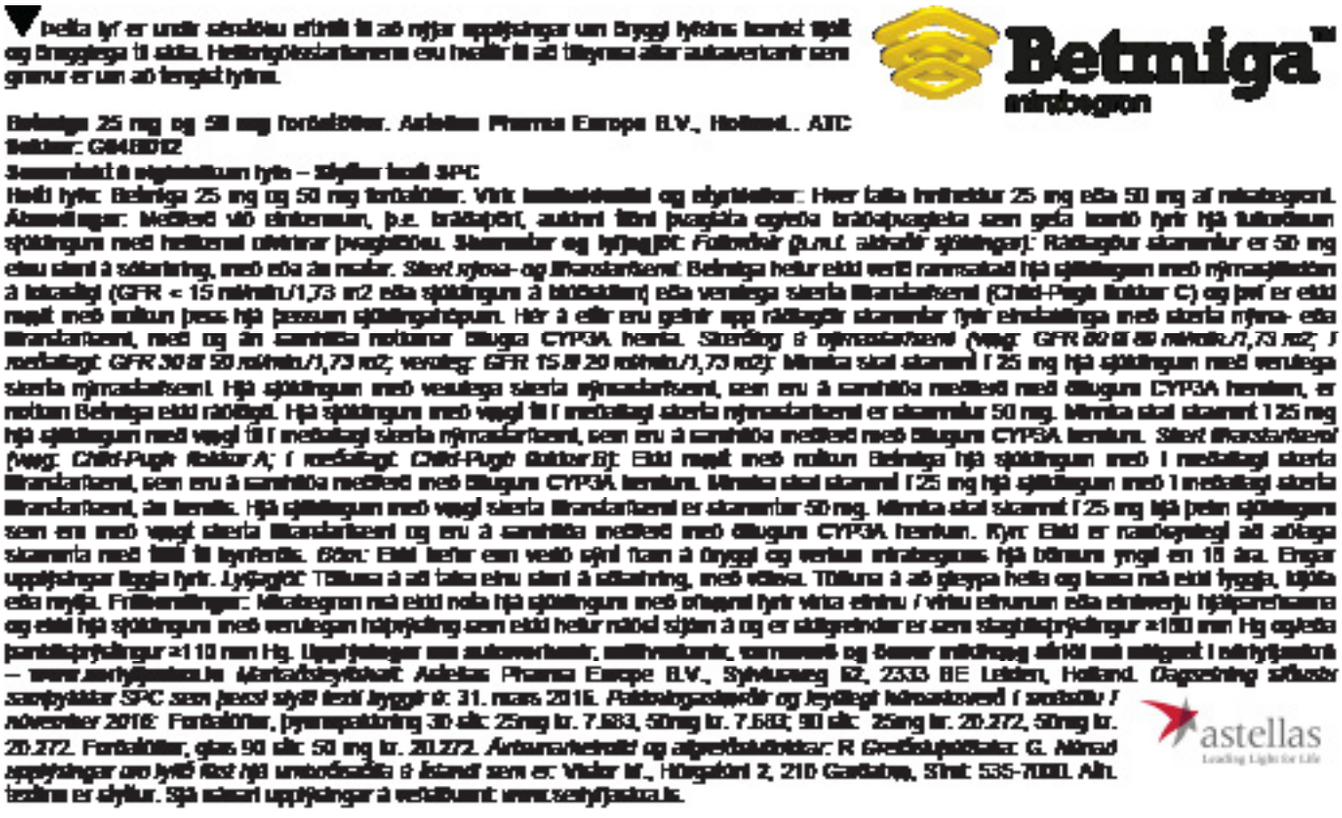
Hvað er raunverulega um að vera? Hvað veldur? Af hverju virðist vera aukning í þessum veikindum? Er raunveruleg aukning - eða var fólk með einkenni áður sem var talið af öðrum orsökum? Ef það er raunveruleg aukning, af hverju stafar hún? Hvaða einkennum getur fólk fundið fyrir? Er hætta á varanlegu heilsutjóni? Hvernig væri best að greina, meta og meðhöndla þá sem veikjast? Hvernig væri hægt að koma í veg fyrir þessi veikindi? Af hverju verða sumir veikir og aðrir ekki? Tengjist það genum og vefjaflokkum eins og svo margt annað? Er hægt að taka þessu heilkenni á léttvægan hátt eða ber að líta þetta alvarlegum augum vegna þess að hjá sumum gæti þetta valdið alvarlegum sjúkdómum?

Svara leitað

Undirritaðar hafa skipulagt málþing á Læknadögum fimmtudaginn 19. janúar 2017 í samstarfi við Félag ofnæmislækna og Félag lungnalækna og með stuðningi Læknafélags Íslands.

Í vor var heilt tölublað *The Journal of Allergy and Clinical Immunology* (2016; 4: 375-564) helgað áhrifum myglusveppa á heilsu. Robert Bush prófessor við Madison-háskólasjúkrahúsið í Wisconsin skrifaði leiðara í þetta tölublað og verður einn af ræðumönnunum á málþinginu. Keith Berndtson sérfræðingur í Lyme-sjúkdómi kemur frá Chicago og heldur fyrirlestur um CIRS (*chronic inflammatory response syndrome*) sem er heilkenni vegna rakaskemmda í húsum. Auk þessara erlendu fyrirlesara munu íslenskir sérfræðingar tala um áhrif umhverfis á öndunarfæri og hvaða hlutverki lungun gegna í almennri bólgusvörun. Læknar munu stíga fram og segja frá eigin reynslu af veikindum í kjölfar rakaskemmda í vinnuumhverfi. Leitast verður við að fá sjónarmið þeirra sem málið varðar og fá heildarmynd af umfangi þessa vanda á Íslandi.

Málþingið er allan daginn 19. janúar frá klukkan níu til fjögur. Málþinginu er ætlað að greina vandann hér á landi, lýsa einkennum og meðferð fyrir heilbrigðisstarfsfólki hér á landi og ekki síst að vekja umræður um hvernig hægt er að koma í veg fyrir heilsutjón af völdum rakaskemmda í húsnæði.

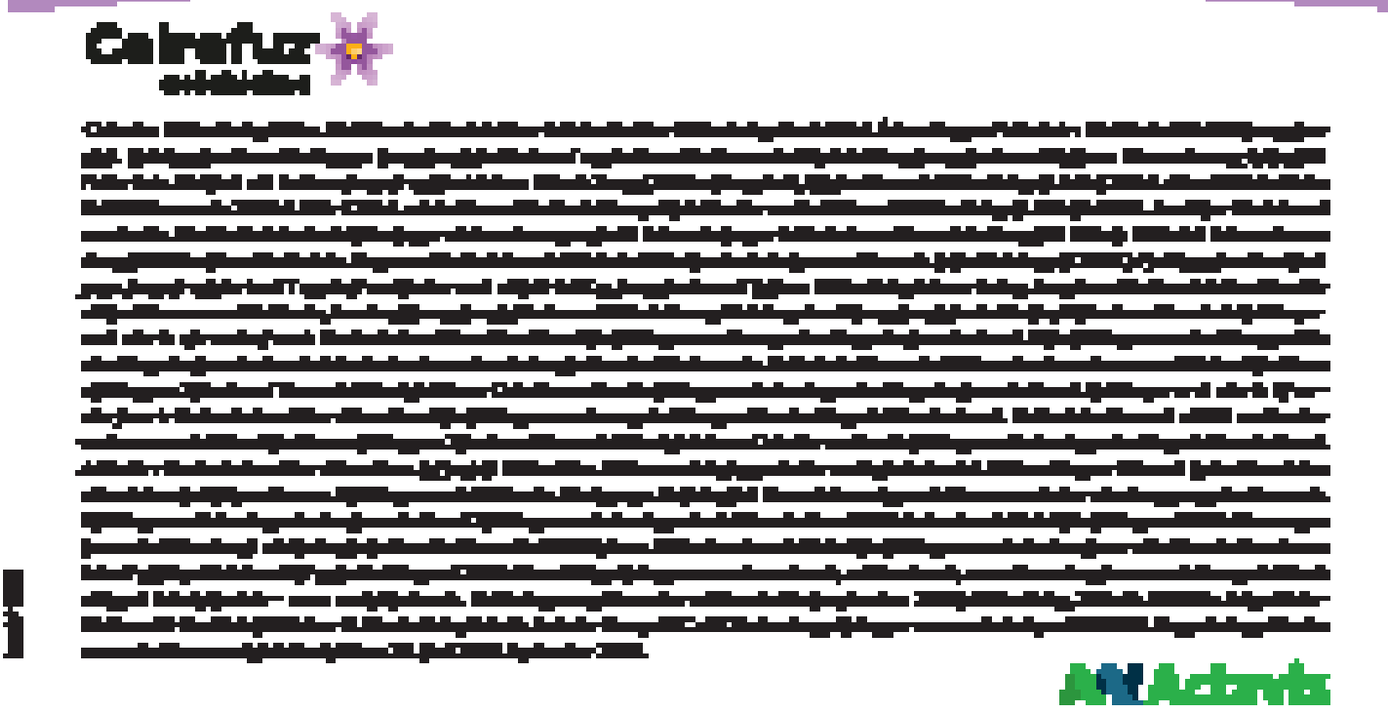


Praluent 75 og 150 mg stungulyf, lausn í áfylltum lyfjapenna. sanofi-aventis groupe.

▼*Þetta lyf er undir sérstöku eftirliti til að nýjar upplýsingar um öryggi lyfsins komist fljótt og örugglega til skila. Heilbrigðisstarfsmenn eru hvattir til að tilkynna allar aukaverkanir sem grunur er um að tengist lyfinu.*

Samantekt á eiginleikum lyfs – styttur texti SPC

Virk innihaldsefni og styrkleikar: *75 mg/ml stungulyf, lausn:* Hver einnota áfylltur lyfjapenni inniheldur 75 mg alirocumab í 1 ml lausn. *150 mg/ml stungulyf, lausn:* Hver einnota áfylltur lyfjapenni inniheldur 150 mg alirocumab í 1 ml lausn. Alirocumab er einstofna IgG1 mannamótefni sem framleitt er með DNA raðbrigðaerfðatækni í eggjastokkafrumum kínverskra hamstra. Ábendingar: Praluent er ætlað, til viðbótar við ákveðið mataræði, til notkunar hjá fullorðnum með frumkomna kólesterólhækkun í blóði (arfblendna ættgenga kólesterólhækkun og kólesterólhækkun sem ekki er arfgeng) eða blandaða blóðfituröskun: í samhliðameðferð með statíni eða statíni með öðrum blóðfitulækkandi meðferðum hjá sjúklingum sem ná ekki viðmiðunarmörkum LDL-kólesteróls með hámarks þolanlegum skammti af statíni eða, í einlyfjameðferð eða samhliða öðrum blóðfitulækkandi meðferðum hjá sjúklingum sem ekki þola statín eða mega ekki nota statín. Ekki hefur enn verið sýnt fram á áhrif Praluent á hjarta-og æðasjúkdóma og dauðsföll vegna þeirra. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar: Áður en meðferð með Praluent er hafin skal útiloka að blóðfituhækkun eða blönduð blóðfituröskun sé einkenni um aðra undirliggjandi sjúkdóma (t.d. nýrungaheilkenni, vanstarfsemi skjaldkirtils). Venjulegur upphafsskammtur fyrir Praluent er 75 mg gefinn undir húð einu sinni á 2 vikna fresti. Sjúklingar sem þurfa meiri lækkun á LDL-kólesteróli (>60%) geta byrjað með 150 mg skammt gefinn undir húð einu sinni á 2 vikna fresti. Praluent skammta má aðlaga einstaklingsbundið að einkennum viðkomandi sjúklings eins og LDL-kólesterólgildum við upphaf, takmarki meðferðar og svörun. Meta má blóðfitugildi 4 vikum eftir að meðferð er hafin eða breytt, þegar LDL-kólesteról nær yfirleitt jafnvægi, og aðlaga skammta til samræmis (auka skammta eða minnka skammta). Meðhöndla á sjúklinga með lægstu mögulegu skömmtum til að fá æskilega lækkun LDL-kólesteróls. Ef skammti er sleppt á sjúklingurinn að gefa sér inndælinguna svo fljótt sem auðið er og halda síðan meðferð áfram tveimur vikum frá deginum sem skammtinum var sleppt. *Sérstakir sjúklingahópar: Börn* Ekki hefur verið sýnt fram á öryggi og verkun Praluent hjá börnum yngri en 18 ára. Engar upplýsingar liggja fyrir. *Aldraðir* Ekki er þörf á að aðlaga skammta hjá öldruðum sjúklingum. *Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi* Ekki er þörf á að aðlaga skammta hjá sjúklingum með væga eða í meðallagi mikla skerðingu á lifrarstarfsemi. Engar upplýsingar liggja fyrir um sjúklinga með verulega skerta lifrarstarfsemi. *Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi* Ekki er þörf á að aðlaga skammta hjá sjúklingum með væga til í meðallagi mikla skerðingu á nýrnastarfsemi. Takmarkaðar upplýsingar liggja fyrir um sjúklinga með verulega skerta nýrnastarfsemi. *Líkamsþyngd* Ekki er þörf á að aðlaga skammta hjá sjúklingum miðað við þyngd. *Lyfjagjöf* Til notkunar undir húð. Praluent á að sprauta undir húð í læri, kvið eða upphandlegg. Ráðlagt er að skipta um stungustaði við hverja inndælingu. Praluent má ekki sprauta í svæði með virkum húðsjúkdómi eða þar sem húð er skömmuð eins og við sólbruna, húðútbrot, bólgu eða húðsýkingu. Praluent má ekki gefa samhliða öðrum stungulyfjum á sama stungustað. Sjúklingurinn getur annaðhvort gefið sér sjálfur Praluent eða umönnunaraðili getur gefið Praluent, að undangenginni þjálfun frá heilbrigðisstarfsmanni í réttum aðferðum við að gefa stungulyf undir húð. *Varúðarráðstafanir sem þarf að gera áður en lyfið er meðhöndlað eða gefið* Leyfa á Praluent að ná stofuhita áður en það er notað. Nota skal Praluent eins fljótt og hægt er eftir að það hefur hitnað. Hver áfylltur penni er einnota. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða fyrir einhverju hjálparefnanna. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is**. **Markaðsleyfishafi:** sanofi-aventis groupe, París, Frakklandi. Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, sími: 535-7000. **Dagsetning síðustu samþykktar SPC sem þessi stytti texti byggir á:** 23. september 2015. Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is **Pakkningastærðir:** 75 mg (2 lyfjapennar), 75 mg (6 lyfjapennar), 150 mg (2 lyfjapennar), 150 mg (6 lyfjapennar). **Ávísunarheimild og afgreiðsluflokkar**: R. **Leyfilegt hámarksverð í smásölu (samþykkt verð 1. nóvember 2016):** 75 mg (2 lyfjapennar): 79.554 kr., 75 mg (6 lyfjapennar): 223.224 kr., 150 mg (2 lyfjapennar): 79.554 kr., 150 mg (6 lyfjapennar): 223.224 kr. **Greiðsluþátttaka:** 0.



Victoza 6 mg/ml stungulyf, lausn í áfylltum lyfjapenna

NovoNordisk. A 10 BX 07. SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS – Styttur texti SPC

Innihaldslýsing: Einn ml af lausn inniheldur 6 mg af liraglútíði. Einn áfylltur lyfjapenni inniheldur 18 mg af liraglútíði í 3 ml. Ábendingar: Victoza er ætlað til meðferðar á fullorðnum með sykursýki af tegund 2 til að ná stjórn á blóðsykri sem: Meðferð með einu lyfi: Þegar mataræði og hreyfing eingöngu veita ekki fullnægjandi stjórn á blóðsykri hjá sjúklingum sem geta ekki notað metformín vegna óþols eða frábendinga. Samsett meðferð: Með blóðsykurslækkandi lyfjum til inntöku og/eða grunninsúlíni þegar þau, ásamt mataræði og hreyfingu, veita ekki fullnægjandi stjórn á blóðsykri. Skammtar og lyfjagjöf: Skammtar: Til að auka þol meltingarfæra er upphafsskammturinn 0,6 mg af liraglútíði á sólarhring. Eftir a.m.k. viku á að auka skammtinn í 1,2 mg. Búast má við því að sumir sjúklingar hafi ávinning af því að auka skammtinn úr 1,2 mg í 1,8 mg og með hliðsjón af klínískri svörun má auka skammtinn í 1,8 mg eftir a.m.k. eina viku til að bæta blóðsykurstjórnun enn frekar. Ekki er mælt með sólarhringsskömmtum sem eru stærri en 1,8 mg. Victoza má bæta við metformín meðferð sem er þegar til staðar eða við samsetta meðferð með metformíni og tíazólidíndíóni. Í tilfella má íhuga að gefa óbreyttan skammt af metformíni og tíazólidíndíóni. Victoza má bæta við meðferð með súlfónýlúrealyfi sem er þegar til staðar eða við samsetta meðferð með metformíni og súlfónýlúrealyfi eða grunninsúlíni. Þegar Victoza er bætt við meðferð með súlfónýlúrealyfi eða grunninsúlíni má íhuga að minnka skammt súlfónýlúrealyfsins eða grunninsúlínsins til að draga úr hættu á blóðsykurslækkun. Ekki er nauðsynlegt að sjúklingar fylgist sjálfur með blóðsykri til að stilla af skammtastærð Victoza. Við upphaf samsettrar meðferðar með Victoza og súlfónýlúrealyfi eða grunninsúlíni gæti á hinn bóginn reynst nauðsynlegt að sjúklingar fylgist sjálfur með blóðsykri til að stilla af skammtastærð súlfónýlúrealyfsins eða grunninsúlínsins. Sérstakir sjúklingahópar: Aldraðir sjúklingar (> 65 ára): Ekki er þörf á skammtaaðlögun vegna aldurs. Reynsla af meðferð er takmörkuð hjá sjúklingum sem eru > 75 ára. Skert nýrnastarfsemi: Ekki er þörf á skammtaaðlögun hjá sjúklingum með vægt eða miðlungsmikið skerta nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun 60-90 ml/mín. og 30-59 ml/mín., talið í sömu röð). Engin reynsla er af meðferð hjá sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun minni en 30 ml/mín.). Sem stendur er ekki hægt að mæla með notkun Victoza hjá sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi, þ.m.t. sjúklingum með nýrnabilun á lokastigi. Skert lifrarstarfsemi: Skammtaaðlögun er ekki ráðlögð hjá sjúklingum með vægt eða miðlungsmikið skerta lifrarstarfsemi. Notkun Victoza er ekki ráðlögð hjá sjúklingum með verulega skerta lifrarstarfsemi. Börn: Ekki hefur verið sýnt fram á öryggi og verkun Victoza hjá börnum og unglingum yngri en 18 ára. Engar upplýsingar liggja fyrir. Lyfjaform: Ekki má gefa Victoza í bláæð eða í vöðva. Victoza á að gefa einu sinni á sólarhring hvenær dagsins sem er, óháð máltíðum og það má gefa undir húð á kvið, læri eða upphandlegg. Skipta má um stungustað og tímasetningu án þess að aðlaga skammta. Í lína vegar er mælt með því að gefa Victoza innan klukkustundar á u.þ.b. sama tíma dags þegar búið er að finna hentugasta tíma dagsins. Frábendingar: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is

Markaðsleyfishafi: Novo Nordisk A/S, Novo Allé, DK 2880 Bagsværd, Danmörk. Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, sími: 535 7000. Textinn var síðast samþykktur í maí 2016. Afh. textinn er styttur. Sjá nánar undir Lyfjaupplýsingar á vef Lyfjastofnunar: www.lyfjastofnun.is
Pakkningastærð(ir): Tveir pennar í pakka. Í hver penni inniheldur 3 ml lausn með 6 mg/ml. Í hver penni er því 18 skammtar miðað við 1,2 mg/skammt eða 10 skammtar miðað við 1,8 mg/skammt.
Afgreiðslutilhögun (afgreiðsluflokkun): R Verð (samþykkt hámarksverð 1. nóvember 2016): 6 mg/ml, 3 ml x 2 pennar. 17.821 kr.
Greiðsluþátttaka sjúkratryggingar: O. Merkt lyf.

Victoza er skráð vörumerki í eigu Novo Nordisk A/S. 6/VIS/16/0236

Eliquis (apixaban) 2,5 mg og 5 mg filmuhúðaðar töflur.
Ábendingar: Eliquis 2,5 mg: Forvörn gegn bláæðasegareki (VTE) hjá fullorðnum sjúklingum sem hafa gengist undir valfrjáls mjaðmarliðskipti eða hnéliðskipti. **Eliquis 2,5 mg og 5 mg**: Forvörn gegn heilablóðfalli og segareki í slagæð hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokusjúkdómum (non-valvular atrial fibrillation, NVAF) ásamt einum eða fleiri áhættuþáttum, svo sem sögu um heilablóðfall eða tímabundna blóðþurrð í heila (transient ischaemic attack, TIA), aldur ≥ 75 ára, háþrýstingi, sykursýki eða hjartabilun með einkennum (NYHA flokkur ≥ II). Meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum (DVT) og lungnasegareki (PE), og forvörn gegn endurtekinni segamyndun í djúplægum bláæðum og lungnasegareki hjá fullorðnum**. Skammtar og lyfjagjöf**: *Forvörn gegn bláæðasegareki (VTEp): valfrjáls mjaðmarliðskipti eða hnéliðskipti:* Ráðlagður skammtur af apixaban er 2,5 mg til inntöku, tvisvar sinnum á sólarhring. Fyrsta skammtinn á að taka 12-24 klst. eftir að skurðaðgerð lýkur. Læknar þurfa að íhuga hugsanlega kosti segavarnarforvarnar gegn bláæðasegareki fyrr sem og hættu á blæðingu eftir skurðaðgerð þegar tími lyfjagjafar er ákveðinn innan þessa tímaramma. *Valfrjáls mjaðmarliðskipti:* Ráðlögð meðferðarlengd er 32-38 sólarhringar. *Valfrjáls hnéliðskipti:* Ráðlögð meðferðarlengd er 10-14 sólarhringar. *Forvörn gegn heilablóðfalli og segareki í slagæð hjá sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokusjúkdómum (NVAF):* Ráðlagður skammtur af apixaban er 5 mg til inntöku, tvisvar sinnum á sólarhring. *Skammtaminnkun:* Ráðlagður skammtur af apixaban er 2,5 mg til inntöku, tvisvar sinnum á sólarhring hjá sjúklingum með gáttatif ótengt lokusjúkdómi (NVAF) og a.m.k. tvo eftirtalinna þátta: aldur ≥ 80 ára, líkamsþyngd ≤ 60 kg eða kreatínín í sermi ≥ 1,5 mg/dl (133 míkrómól/l). Meðferðin er til langframa. *Meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum, meðferð við lungnasegareki og forvörn gegn endurtekinni segamyndun í djúplægum bláæðum og lungnasegareki (VTEt):* Ráðlagður skammtur af apixaban til meðferðar við bráðri segamyndun í djúplægum bláæðum og meðferðar við lungnasegareki er 10 mg til inntöku tvisvar á sólarhring fyrstu 7 dagana (hámarks dagskammtur: 20 mg), en eftir það 5 mg til inntöku tvisvar á sólarhring (hámarks dagskammtur: 10 mg). Samkvæmt fyrirliggjandi meðferðarleiðbeiningum ætti takmörkuð tímalengd meðferðar (ekki skemmri en 3 mánuðir) að byggja á skammvinnum áhættuþáttum (t.d. nýlegri skurðaðgerð, áverka, rúmlegu). Ráðlagður skammtur af apixaban sem forvörn gegn endurtekinni segamyndun í djúplægum bláæðum og lungnasegareki er 2,5 mg til inntöku tvisvar á sólarhring (hámarks dagskammtur: 5 mg). Þegar lyfið er notað sem forvörn gegn endurtekinni segamyndun í djúplægum bláæðum og lungnasegareki ætti að hefja meðferð með 2,5 mg skammti tvisvar á sólarhring að lokinni 6 mánaða meðferð með apixaban með skammtastærðinni 5 mg tvisvar á sólarhring, eða meðferð með öðru segavarnarlyfi. Tímalengd heildarmeðferðar skal vera einstaklingsbundin og ákveðin að undangengnu ítarlegu mati á ávinningi meðferðar og hættu á blæðingum. *Skipt um lyf:* Skipta má úr segavarnarlyfi til inndælingar yfir í Eliquis (og öfugt) við næsta áætlaðan skammt. Þessi lyf ætti ekki að gefa samtímis. *Skipt úr meðferð með K-vítamín hemli (Vitamin K antagonist, VKA) yfir í Eliquis:* Þegar skipt er um meðferð úr K-vítamín hemli (VKA) í Eliquis á að hætta notkun warfaríns eða annarra VKA-lyfja og byrja að nota Eliquis þegar INR-gildi (international normalised ratio) er orðið < 2,0. *Skipt úr Eliquis yfir í meðferð með K-vítamín hemli:* Þegar skipt er um meðferð úr Eliquis í K-vítamín hemil (VKA) á að halda áfram að nota Eliquis í a.m.k. 2 daga eftir að meðferð með VKA-lyfi er hafin. Eftir samhliða notkun Eliquis og VKA-lyfs í 2 daga á að mæla INR áður en næsti áætlaði skammtur af Eliquis er tekinn. Halda á áfram að nota Eliquis og VKA-lyfið samhliða þar til INR er orðið ≥ 2. *Rafvending (gáttatif sem ekki tengist hjartalokusjúkdómum):* Sjúklingar mega vera áfram á apixaban þegar rafvending er gerð. Lyfjagjöf: Til inntöku. Eliquis á að gleypa með vatni, með eða án matar. Fyrir sjúklinga sem ekki geta gleypt töflurnar heilar, má mylja Eliquis töflurnar og blanda í vatn, 5% glúkósalausn eða eplasafa eða við eplamauk og gefa strax til inntöku. Að öðrum kosti má mylja Eliquis töflurnar og blanda í 60 ml af vatni eða 5% glúkósalausn og gefa strax um magaslöngu. Muldar Eliquis töflur eru stöðugar í vatni, 5% glúkósalausn, eplasafa og eplamauki í allt að 4 klst. **Frábendingar**: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Virk blæðing sem hefur klíníska þýðingu. Lifrarsjúkdómar sem fylgir blóðstorkukvilli og blæðingarhætta sem hefur klíníska þýðingu. Vefjaskemmdir eða kvillar ef það er talið vera áhættuþáttur fyrir verulegri blæðingarhættu. Þar með talið nýlegur eða virkur sárasjúkdómur í meltingarvegi, illkynja æxli með mikilli blæðingarhættu, nýlegir áverkar á heila eða mænu, nýleg skurðaðgerð á heila, mænu eða auga, nýleg innankúpublæðing, æðahnútar í vélinda eða grunur um slíkt, slagæða- og bláæðatenging, æðagúlar eða meiriháttar óeðlilegar æðar í mænu eða heila. Samhliða meðferð með öðru segavarnarlyfi, t.d. ósundurgreint (unfractionated) heparín, létt (low molecular weight) heparín (enoxaparin, dalteparin, o.s.frv.), heparín afleiður (fondaparinux, o.s.frv.), segavarnarlyf til inntöku (warfarín, rivaroxaban, dabigatran, o.s.frv.), nema í þeim sérstöku tilvikum þegar skipt er um meðferð með segavarnarlyfjum eða ef ósundurgreint heparín er gefið í skömmtum sem duga til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri bláæð eða slagæð.
Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is.
Markaðsleyfishafi: Bristol-Myers Squibb/Pfizer EEIG.
Pakkningastærðir og verð 1. október 2015: 2,5 mg 60 stk.: 11.964 kr., 2,5 mg 168 stk.: 33.297 kr., 5 mg 14 stk.: 3.966 kr., 5 mg 100 stk.: 19.880 kr., 5 mg 168 stk.: 33.297 kr. Afgreiðslutilhögun: R. Greiðsluþátttaka: G.
Stytt samantekt á eiginleikum lyfs (SmPC) byggð á SmPC dags. 23. mars 2016.
Sá sem ávísar lyfinu þarf að hafa kynnt sér fræðsluefni (RMP) fyrir lyfið og afhent sjúklingi tiltekið fræðsluefni ætlað sjúklingum (öryggisspjald fyrir sjúklinga) áður en notkun lyfsins hefst. Ef óskað er eftir fræðsluefni eða frekari upplýsingum má hafa samband við umboðsaðila: Icepharma hf., Lynghálsi 13, 110 Reykjavík, sími 540 8000.

CHAMPIX (vareniclin) 0,5 mg og ١ mg filmuhúðaðar töflur
Ábendingar: CHAMPIX er notað hjá fullorðnum til að hætta reykingum. **Skammtar**: Ráðlagður skammtur er 1 mg vareniclin tvisvar á sólarhring eftir skammtaaðlögun í eina viku skv. eftirfarandi: Dagur 13: 0,5 mg einu sinni á sólarhring. Dagur 47: 0,5 mg tvisvar á sólarhring. Dagur 8 til lok meðferðar: 1 mg tvisvar á sólarhring. Sjúklingur skal velja dag sem á að hætta að reykja. CHAMPIX meðferð skal venjulega hefjast 12 vikum fyrir þann dag. Meðferð með CHAMPIX skal standa yfir í 12 vikur. Fyrir þá sjúklinga sem eru algjörlega hættir að reykja eftir 12 vikna meðferð má hugleiða 12 vikna viðbótarmeðferð með 1 mg tvisvar á sólarhring til að auka líkur á áframhaldandi reykbindindi. Íhuga skal að leyfa sjúklingum sem ekki hafa getu eða vilja til að hætta snögglega að reykja að minnka reykingarnar smám saman með CHAMPIX. Sjúklingar ættu að draga úr reykingum á fyrstu ١٢ meðferðarvikunum og hætta þeim í lok þess tímabils. Sjúklingar skulu því næst halda áfram að taka CHAMPIX í 12 vikur til viðbótar, sem þýðir að meðferðin varir í alls 24 vikur. Sjúklingar, sem langar til að hætta að reykja en tókst ekki að hætta meðan á fyrri meðferð með CHAMPIX stóð, eða byrjuðu aftur eftir meðferðina, geta haft gagn af því að reyna aftur að hætta að reykja með CHAMPIX. Sjúklingar sem ekki þola aukaverkanir CHAMPIX geta fengið skammtinn minnkaðan niður í 0,5 mg tvisvar á dag, tímabundið eða allan tímann sem lyfjagjöf stendur yfir. Minnka má skammta í 1 mg einu sinni á sólarhring fyrir sjúklinga með meðal svæsna nýrnabilun finni þeir fyrir óþægilegum aukaverkunum. Ráðlagður skammtur fyrir sjúklinga með alvarlega nýrnabilun er 1 mg CHAMPIX einu sinni á sólarhring. Í byrjun skal gefa 0,5 mg einu sinni á sólarhring fyrstu 3 dagana og auka síðan skammtinn í 1 mg einu sinni á sólarhring. Ekki hefur verið enn sýnt fram á öryggi og verkun CHAMPIX hjá börnum og unglingum yngri en 18 ára. CHAMPIX er til inntöku og töflurnar á að gleypa heilar með vatni. CHAMPIX má taka með eða án matar.
Frábendingar: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna.
Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is.
Markaðsleyfishafi: Pfizer Limited.
Pakkningar og verð 1. október 2016: Upphafspakkning (0,5 mg 11 stk+1 mg 42 stk): 13.979 kr. 8 vikna framhaldspakkning (1 mg, 112 stk): 24.337 kr.
Afgreiðslutilhögun: R. Greiðsluþátttaka: 0. Stytt samantekt á eiginleikum lyfs (SmPC) byggð á SmPC dags. 28. júlí 2016.
Ef óskað er eftir frekari upplýsingum má hafa samband við umboðsaðila: Icepharma hf., Lynghálsi 13, 110 Reykjavík, sími 540 8000.

LÆKNADAGAR 2017
Í HÖRPU



Mánudagur 16. janúar

09:00-12:00	Símenntun lækna
09:00-12:00	Bráðalækningar: Greining og fyrsta meðferð
12:10-13:00	Hádegisverðarfundir: Hvað skal gera ef „illt er í efni“, stinga hausnum í sandinn eða ná yfirsýn og tilkynna aukaverkun? Stríð Sigvalda Kaldalóns við læknasamtökin
13:10-16:10	Sérnám lækna á Íslandi
13:10-16:10	Bráðalækningar - vinnubúðir
16:20	Setning Læknadaga

Þriðjudagur 17. janúar

09:00-12:00	Heilbrigðisþjónusta fyrir fullorðna með ADHD, nútíð og framtíð
09:00-12:00	Krabbamein í kvenlíffærum
09:00-12:00	Beinvernd
12:10-13:00	Hádegisverðarfundir: Notkun blóðfitulækkandi lyfja – hvenær og hvernig?
13:10-16:10	Raskanir á jónefna- og sýru- og basajafnvægi
13:10-16:10	Hjartsláttartruflanir gerðar einfaldar
13:10-16:10	Fyrsta fæða ungbarna; hvað, hvenær og hvers vegna?
13:10-16:10	Liðskoðun - vinnubúðir
16:20-18:00	Falskar játningar

Miðvikudagur 18. janúar

09:00-12:00	Hjartasjúkdómar aldraða í framtíðinni
09:00-12:00	Holsjárrannsóknir (alspeglanir) á ristli – „í beinni“
09:00-12:00	Rhesusvarnir á Íslandi. Skref til framtíðar með stýrðri fyrirbyggjandi gjöf RhD Ig á meðgöngu
09:00-12:00	Heilbrigðisþjónusta yfir landamæri
12:10-13:00	Hádegisverðarfundir: Læknismeðferð erlendis Barkaraufun (*Tracheostomy*)
13:10-16:10	Nokkur tilfelli af Barnaspítala Hringsins – gagnvirkt málþing
13:10-16:10	Kannabis, til lækninga, til sjúkdóma, til fíknar
13:10-16:10	Almennar lyflækningar
13:10-16:10	Kirurgia minor: Húðmein – vinnubúðir

Fimmtudagur 19. janúar

09:00-12:00	Áhrif umhverfis á öndunarfæri og ónæmiskerfi. Rakaskemmdir í húsnæði og áhrif á heilsu. Fyrri hluti
09:00-12:00	Sýkingar hjá nýburum
09:00-12:00	Streitan og starfið
09:00-12:00	Endurteknar byltur hjá öldruðum, uppvinnsla og meðferð utan spítala – vinnubúðir
12:10-13:00	Hádegisverðarfundir: Kynlíf og kynlífsvandamál í norrænni goðafræði og Íslendingasögum Bráðaþjónusta við eldri borgara
13:10-16:10	Áhrif umhverfis á öndunarfæri og ónæmiskerfi. Rakaskemmdir í húsnæði og áhrif á heilsu. Seinni hluti
13:10-16:10	Líknardráp og aðstoð við sjálfsvíg – verður það hlutverk íslenskra lækna?
13.10-16:10	Greining og meðferð sjaldgæfra sjúkdóma

Föstudagur 20. janúar

09:00-12:00	Integrated and interdisciplinary management of patients in Primary and Secondary Health Care. Collaboration between Primary and Secondary health care
09:00-12:00	Bæklunar- og öldrunarlækningar: Margbrotin vandamál
09:00-12:00	Þegar „fæðuofnæmi“ er ekki ofnæmi
12:10-13:00	Hádegisverðarfundir: Heilsugátt – nýjungar og framtíðarsýn Interdisciplinary management of patients in Secondary Care and role of Primary Care
13:10-16:10	Skuggahliðar heilsuæðisins
13:10-16:10	Bráðar miðeyrnabólgur: Orsakir, greining og meðferð; breyttar aðstæður?
13:10-16:10	Siðfræði vísindarannsókna
16:20	Lokadagskrá Læknadaga

BET-165760-IC 09.2016

Er munnþurrkur umkvörtunarefni sjúklinga með ofvirka þvagblöðru?



Opnaðu umræðu um ofvirka þvagblöðru við þína sjúklinga

- Fyrsti $ß_3$-örvinn við ofvirkri þvagblöðru[1,2]
- Hefur áhrif á öll aðaleinkenni ofvirkrar þvagblöðru[1,2]
- Tíðni munnþurrks sambærileg við lyfleysu[1,2]

Tíðni munnþurrks sambærileg við lyfleysu[1,2]

Betmiga™ ▼
mirabegron

Heimildir: 1. Khullar et al. European Urology 63;(2013):283–295. **2.** Nitti et al. J Urol 2013;189:1388–1395

Sérlyfjatexti á bls. 575

Incruse® – langverkandi múskarínblokki (LAMA) í Ellipta innöndunartæki[1]

Handa fullorðnum sjúklingum með langvinna lungnateppu (LLT) sem þurfa berkjuvíkkandi viðhaldsmeðferð gegn einkennum[1]



INNOVIVA

INCRUSE ELLIPTA